

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem na Promoção da
Alimentação à Pessoa Submetida a Quimioterapia

Ana Margarida Pereira de Oliveira

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem na Promoção da
Alimentação à Pessoa Submetida a Quimioterapia

Ana Margarida Pereira de Oliveira

Orientador: Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira

Lisboa

2019

“Não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer, o que nos define é o modo como enfrentamos esse desafio.”

(Bach, 1984)

AGRADECIMENTOS

À minha “estrelinha” que me ilumina todos os dias.
À minha família e aos meus amigos pelo apoio incondicional e pela compreensão
das minhas ausências.
Ao Professor Doutor Óscar Ferreira pela sua orientação, disponibilidade, paciência e
mais valia das suas sugestões.
A todos os enfermeiros dos diferentes locais de estágio que me receberam de forma
calorosa.
Aos enfermeiros orientadores pelo acompanhamento, pela partilha de saberes e
experiências.
Aos doentes pela partilha das suas histórias e experiências de vida.
À Enfermeira Isabel Aragoa pela motivação e apoio incansável.
À Piedade pela energia positiva.
Aos colegas de trabalho pelo apoio durante esta jornada.
A todos aqueles que diretamente ou indiretamente contribuíram para a minha
formação pessoal e profissional.

Grata a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS

APNEP	- Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica
BAPEN	- British Association for Parenteral and Enteral Nutrition
DGS	- Direção Geral da Saúde
EONS	- European Oncology Nursing Society
ESMO	- European Society for Medical Oncology
ESPEN	- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
IMC	- Índice de Massa Corporal
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
INE	- Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
MNA	- Minimal Nutrition Assessment
MNA-SF	- Mini Nutritional Assessment Short Form Revised
MST	- Malnutrition Screening Tool
MUST	- Malnutrition Universal Screening Tool
OE	- Ordem dos Enfermeiros
ONS	- Oncology Nurses Society
PG-SGA	- Patient Generated Subjective Global Assessment
SGA	- Subjective Global Assessment
SWOT	- Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

RESUMO

A quimioterapia continua a ser uma das terapias farmacológicas mais utilizadas contra o cancro. Sendo esta uma terapia que atua de forma sistémica e não localizada pode provocar vários efeitos secundários, nomeadamente sintomas que interferem diretamente com a alimentação, tais como: náuseas e vômitos, anorexia, mucosite oral, disgeusia, diarreia e obstipação. O(a) enfermeiro(a) assume um papel preponderante na educação do doente oncológico para a promoção da alimentação no decorrer dos tratamentos, de forma a minimizar o impacto dos seus efeitos secundários, bem como na avaliação de risco nutricional dos mesmos e esta deve ser realizada de forma estruturada e efetiva por toda a equipa. Na ausência destas intervenções, na minha realidade laboral surgiu a necessidade da realização deste projeto de intervenção, no qual pretendi encontrar resposta à questão “quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na alimentação da pessoa submetida a quimioterapia?” Neste sentido realizei três estágios em hospitais de dia com o intuito de adquirir competências neste âmbito, através da observação, prestação de cuidados de enfermagem e reflexões críticas. Por último desenvolvi competências num quarto estágio onde procedi à implementação do respetivo projeto. A metodologia foi sustentada pela execução de pesquisa bibliográfica e de uma revisão scoping da literatura. Este projeto foi sustentado em dois referenciais teóricos, a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson e a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem. Este projeto permitiu a implementação, de uma forma estruturada, de estratégias alimentares no intuito de minimizar o impacto dos efeitos secundários relacionados com a alimentação induzidos pela quimioterapia e a monitorização de uma escala de avaliação de risco nutricional (MUST) aos doentes sob este tratamento, com consequente impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: doente oncológico, quimioterapia, intervenções de enfermagem, alimentação, MUST.

ABSTRACT

Chemotherapy is still one of the most used therapies to treat cancer. It has a systemic action, therefore it can cause several side effects such as nausea and vomit, anorexia, mucositis, dysgeusia, diarrhoea and constipation, symptoms that are directly related with nutrition. The nurse has a key role in the cancer patient's nutrition education during the treatment period via assessing the patient's nutritional risk and providing support to help minimize the gut side effects caused by the treatment. These responsibilities are to be taken in a structured and effective way by all the nurses as a team. On a day to day basis, and taking in account my personal experience as a cancer nurse, I found that these interventions can fail. Driven by this, I found essential to base my project in answering the question "what is the cancer nurse role in promoting the nutritional self-care of the patient treated with chemotherapy?". In order to work on this subject, I did three placements in three different chemotherapy day units with the aim to acquire skills and experience (by observing the clinical practice, taking care of patients and doing the rational of my actions). Lastly, I did a fourth placement to implement the project. For the purposes of this study, a literature analysis and a scoping review were defined. This project was based in two references: Virginia Henderson's Fundamental Human Needs Nursing Theory and Dorothea Orem's Theory of Self-Care Nursing Deficit. With this project I was able to implement in a structured way, nutrition strategies that helped to minimize chemotherapy induced side effects over the patient's nutrition, and risk assess the nutrition status of patient's undergoing chemotherapy by using the MUST (malnutrition universal screening tool), therefore improving the nursing care.

Key-words: cancer patient, chemotherapy, nursing interventions, nutrition, MUST.

ÍNDICE

Introdução	11
1. Enquadramento Teórico	15
1.1 - A alimentação e a pessoa submetida a quimioterapia	15
1.2 - Quimioterapia	16
1.3 - Efeitos secundários induzidos pela quimioterapia com impacto na alimentação	18
1.4 - Teóricas de Enfermagem	20
2. Execução das Atividades Previstas	24
2.1 - Estágio I: Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A	27
2.2 - Estágio II: Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A	29
2.3 - Estágio III: Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B	35
2.4 - Estágio IV: Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C	39
3. Avaliação	48
Conclusão	52
Referências Bibliográficas	54
Apêndices	
Apêndice I:	Revisão Scoping
Apêndice II:	Análise SWOT
Apêndice III:	Plano de Atividades dos Estágios
Apêndice IV:	Cronograma das Atividades
Apêndice V:	Guião de Entrevista – Sintomas Induzidos pela Quimioterapia
Apêndice VI:	Caracterização do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A
Apêndice VII:	Tabela de Fármacos Antineoplásicos vs Efeitos Secundários relacionados com a Alimentação
Apêndice VIII:	Análise das Entrevistas Informais realizadas no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A
Apêndice IX:	Caracterização do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A
Apêndice X:	<i>Checklist</i> – Efeitos Secundários Induzidos pela Quimioterapia que Interferem na Alimentação

Apêndice XI:	Análise dos Resultados da <i>Checklist</i> - Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A
Apêndice XII:	Consulta de Enfermagem do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A
Apêndice XIII:	Escala de Avaliação de Risco Nutricional
Apêndice XIV:	Avaliação de Risco Nutricional do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A
Apêndice XV:	Caracterização do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B
Apêndice XVI:	Jornal de Aprendizagem
Apêndice XVII:	Consulta de Dietética no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B
Apêndice XVIII:	Apresentação do Projeto de Intervenção no Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C
Apêndice XIX:	Folha para a Monitorização da Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
Apêndice XX:	Instrução de Trabalho para Aplicação da MUST
Apêndice XXI:	Sessão COMO.COME
Apêndice XXII:	Questionário de Avaliação da Sessão COMO.COME
Apêndice XXIII:	Análise dos Questionários de Avaliação da Sessão COMO.COME
Apêndice XXIV:	Avaliação de Risco Nutricional MUST
Apêndice XXV:	Guia de Alimentação – COMO.COME
Apêndice XXVI:	Autorização das Receitas
Apêndice XXVII:	Receitas Deliciosas
Apêndice XXVIII:	Esclarecimento Individualizado aos Doentes do Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos fármacos antineoplásicos quanto ao seu nível emetogénico	19
Tabela 2 – Distribuição dos locais de estágio	25

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório inserido no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, representando o culminar de um percurso iniciado em 2016.

A sua finalidade é espelhar o percurso desenvolvido desde a construção do projeto de intervenção até à sua implementação, de uma forma crítica e reflexiva com vista ao desenvolvimento e à aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Pessoa e Situação Crónica e Paliativa, ambas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, 2011) bem como Enfermeiro Especialista em Oncologia da European Oncology Nursing Society (EONS, 2013) e do 2º ciclo de estudos de Bolonha – Descritores de Dublin (Decreto-lei nº 74/2006) para a obtenção de grau de Mestre.

Nos países desenvolvidos, ao longo do século XX assistiu-se a uma mudança de paradigma a nível da doença, em que o principal problema de saúde atual consiste na patologia crónica e que outrora incidia nas patologias agudas e nas doenças infecciosas (Pimentel, 2006).

A par dos países da Europa, ao longo dos últimos anos, temos assistido a um aumento regular de incidência de casos de cancro em Portugal. Podemos justificar este acontecimento pelo envelhecimento da população, pelo aumento da taxa de sucesso do seu tratamento, bem como de outras patologias que resultam na maior probabilidade do aparecimento de novas neoplasias e das presentes alterações dos estilos de vida dos indivíduos com impacto significativo na incidência do cancro (Direção Geral da Saúde, DGS, 2017).

As doenças oncológicas continuam a ser a segunda causa de morte em Portugal e, só no ano de 2014, o cancro foi responsável por 27231 óbitos, representando 25% da mortalidade ocorrida no nosso país (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2017). Porém, importa realçar os avanços terapêuticos direcionados à doença oncológica com resultados de sucesso, contribuindo para um aumento significativo do número de sobreviventes de cancro em Portugal (DGS, 2017).

O cancro é uma doença associada a uma deterioração do estado nutricional e qualidade de vida dos doentes (Xará, Amaral & Parente, 2011), quer pela própria doença, quer pela combinação desta e do seu tratamento (Gupta, Vashi, Lammersfeld & Braun, 2011).

Quando o doente oncológico não se alimenta de forma adequada, quer seja pela doença, quer seja por sintomas que influenciam a ingestão alimentar pode-se dizer que o doente tem défice de autocuidado na alimentação. Perante este quadro, o doente acaba por reduzir a quantidade e a qualidade de alimentos ingeridos, o que pode levar à perda de peso, à desnutrição, a uma menor resposta ao tratamento e consequentemente à diminuição da qualidade de vida (Carvalho, Camilo & Ravasco, 2011).

Embora o surgimento de novas técnicas e terapias promissoras no combate ao cancro, a quimioterapia ainda é a terapia farmacológica mais utilizada no seu tratamento e, consequentemente são inúmeros os efeitos secundários decorrentes do mesmo.

Quando iniciei o meu percurso profissional no Hospital de Dia de Hemato-Oncologia, coincidente com o ingresso neste Mestrado, deparei-me com inúmeras dificuldades. Uma das minhas principais inquietudes incidiu sobretudo nos efeitos secundários induzidos pela quimioterapia que interferem diretamente com a alimentação.

Diariamente constatei que, a par da minha preocupação, os doentes também apresentavam inúmeras dúvidas acerca da alimentação a adotar enquanto se encontravam sob quimioterapia, sobretudo quando apresentavam sintomas a nível do aparelho gastrointestinal.

Quanto às estratégias alimentares fornecidas pela equipa de enfermagem face a estes sintomas, estas não eram realizadas de forma consensual e estruturada.

Assim, fez-me sentido enveredar por esta temática o que conduziu à elaboração deste projeto de intervenção, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem na alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.

No início deste percurso considero que enquanto enfermeira na área a que me propus trabalhar, me situava no nível 3 – Competente, do Modelo de Dreyfus, de Benner (2001). De acordo com esta autora, a enfermeira

Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. [...] Assim, para uma enfermeira competente, um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstracta e analítica do problema (Benner, 2001, p.53).

A formação desempenha então um papel fundamental no processo de construção e desenvolvimento de cada enfermeiro, uma vez que, não é um momento isolado, mas sim um processo contínuo, sempre com o intuito de adquirir saberes específicos e de desenvolver novas competências (Garrido, Simões, & Pires, 2008).

Os campos de estágio, por mim, escolhidos constituíram-se como contextos similares à minha prática profissional. Assim, foram realizados quatro estágios, o primeiro, no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A (25 de setembro a 6 de outubro de 2017), o segundo no Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A (9 de outubro a 3 de novembro de 2017), o terceiro no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B (6 de novembro a 15 de dezembro de 2017) e, por fim, o Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C (3 de janeiro a 9 de fevereiro de 2018), o qual é referente ao meu local de trabalho, no qual instituí o projeto de intervenção.

De forma generalizada, o presente relatório tem como objetivos:

- Descrever o percurso dos estágios;
- Analisar crítica e reflexivamente o percurso de estágio, com base na evidência científica, na minha prática profissional e na prática observada nos diferentes contextos de estágio;
- Refletir sobre as aprendizagens realizadas e as competências adquiridas;
- Identificar e analisar os contributos do projeto de intervenção para a melhoria dos cuidados prestados.

O presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos.

O primeiro, após a introdução, apresenta o enquadramento teórico com base em evidência científica. O segundo capítulo traduz a execução das atividades previstas, onde apresento uma análise crítica e reflexiva, sustentada pela evidência científica e o terceiro capítulo apresenta a avaliação do percurso de desenvolvimento de competências, através da apresentação dos pontos fortes e fracos, bem como o contributo do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na

alimentação à pessoa submetida a quimioterapia. Por último, encerra-se o relatório com a conclusão.

Foi utilizada a norma da Associação Americana de Psicologia (APA) como arquétipo das citações e referências bibliográficas, preconizada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - A alimentação e a pessoa submetida a quimioterapia

A doença oncológica tem um impacto significativo na nossa sociedade, sendo considerado um factor destabilizador para qualquer indivíduo (Carvalho et al 2011). Esta doença constitui-se como uma experiência marcante na vida dos doentes e dos que o rodeiam, familiares e amigos. O choque do diagnóstico, as limitações associadas aos tratamentos e a incerteza quanto ao futuro podem contribuir para sentimentos de tristeza, solidão e incerteza.

Segundo Gonçalves & Capelas (2016, p. 10) “a alimentação possui dimensões de alcance fisiológico, social e emocional, com a presença de rituais alimentares, impregnados de fortíssimo simbolismo”, pelo que se torna extremamente importante aplicar intervenções de enfermagem no sentido de minimizar o impacto dos efeitos secundários relacionados com esta necessidade básica humana.

A alimentação/ nutrição assume um papel primordial em oncologia, tendo influência no desenvolvimento da doença, no decorrer dos tratamentos e na qualidade de vida para o doente oncológico (Carvalho et al, 2011). Estas autoras referem que, tendo em conta a realidade, com o aumento das doenças oncológicas torna-se imperativo a avaliação do estado nutricional do doente oncológico e, este deve ser um processo contínuo envolvendo monitorização e reavaliação durante todo o período da doença, nomeadamente enquanto decorrem os tratamentos de quimioterapia. Tal monitorização deve incluir a identificação de sintomas decorrentes do tratamento com impacto a nível do estado nutricional.

O(a) enfermeiro(a) é, por excelência, o profissional que permanece mais tempo junto do doente, permitindo estabelecer uma relação mais próxima com este e com a sua família.

As intervenções de enfermagem realizadas aos doentes oncológicos assumem extrema importância, sobretudo no que concerne ao alívio/ redução de sintomas decorrentes da quimioterapia, nomeadamente aos que estão diretamente relacionados com a alimentação. Estas intervenções devem ser individualizadas e iniciadas precocemente, antes do início do tratamento e de forma regular no decorrer

do mesmo. Para atingir esse objetivo, todos os doentes devem ser avaliados quanto a problemas nutricionais e perda de peso (Lavdaniti, 2014).

Na oncologia de ambulatório, os hospitais de dia, colocam o enfermeiro numa excelente posição para a avaliação do risco nutricional dos doentes oncológicos. Os doentes em risco devem ser conduzidos para a nutricionista/ dietista no sentido de uma avaliação mais completa. No entanto esta avaliação mais pormenorizada pode também ser realizada por um(a) enfermeiro(a) experiente e treinado(a) (Davidson et al, 2012).

Para além do aconselhamento alimentar, como alimentos a evitar ou a privilegiar quando determinado sintoma está presente, uma das intervenções de enfermagem ao doente oncológico passa pela utilização de escalas de avaliação de risco nutricional, em que estas devem ser aplicadas, antes e no decorrer dos tratamentos, de forma a averiguar qual o risco de desnutrição em que este se encontra para planear as intervenções de enfermagem necessárias.

Segundo Davies (2005), o rastreio nutricional, idealmente deveria ser realizado por enfermeiros, pela proximidade e maior contacto com os doentes e suas famílias.

Uma das escalas para a avaliação de risco nutricional mais comumente utilizada em contexto de ambulatório e, preconizada pela European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (Arends et al, 2017) e pela British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN, 2016) é a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), e que já foi validada em Portugal em doentes oncológicos (Tomé, Grillo, Camilo & Ravasco, 2012).

1.2 - Quimioterapia

O cancro, numa definição mais lata consiste num grupo de doenças caracterizadas por um crescimento e disseminação incontroláveis anormais (Instituto Nacional de Câncer, INCA, 2017).

De uma forma geral, existem várias abordagens para o tratamento do cancro, nomeadamente, a cirurgia, a radioterapia e as terapias sistémicas. Estas podem ser usadas individualmente ou em combinação, de acordo com o tipo de tumor, localização e estadiamento da doença.

A quimioterapia continua a ser a terapia farmacológica mais utilizada no tratamento do cancro, sendo que esta consiste na utilização de terapêuticas citostáticas, sob via oral, endovenosa, subcutânea, intratecal, intravesical ou intracavitária.

Este tipo de tratamento pode ser utilizado com diversos intuitos: curativo, de forma a obter remissão completa da doença; neoadjuvante, quando se pretende reduzir o tamanho do tumor para possibilitar a cirurgia; com o intuito adjuvante, quando a quimioterapia é realizada após a cirurgia no sentido de diminuir a possibilidade de progressão da doença ou, por fim, com intuito paliativo quando a sua administração é utilizada para se obter um controlo sintomático quando existe progressão da doença (Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro, 2005).

São vários os efeitos secundários decorrentes da quimioterapia, uma vez que este tratamento atua a nível sistémico e não localizado, afetando as células malignas mas também as células normais que apresentam elevadas taxas de *turnover* (replicação rápida) como é o caso dos folículos pilosos, medula óssea, mucosa oral e gastrointestinal (Carvalho et al, 2011).

As terapias sistémicas para o cancro encontram-se divididas em quatro principais categorias: a quimioterapia, a terapia hormonal, as terapias alvo e a imunoterapia (Leesterhuis, Haanen & Punt, 2011).

A quimioterapia, as terapias alvo e a imunoterapia são abordagens farmacológicas no tratamento do cancro. As terapias alvo e a imunoterapia apresentam menor toxicidade face à quimioterapia convencional (Clark, Fanti, Donato, Amaral, Santinho & Bernardino, 2013). Contudo, estas não estão isentas de provocar efeitos secundários, nomeadamente sintomas diretamente relacionados com a alimentação.

Estas novas formas de tratamento, terapias alvo e imunoterapia, embora consideradas de alto custo, podem trazer ganhos em saúde. Além das vantagens em termos de eficácia, evitam a utilização de outros tratamentos ineficazes e podem minimizar o surgimento de efeitos secundários (Ferrusi, Leighl, Kulin & Marshall, 2011, Amir et al, 2011).

1.3 - Efeitos secundários induzidos pela quimioterapia com impacto na alimentação

Os efeitos secundários mais frequentes induzidos pela quimioterapia e que condicionam a ingestão alimentar são: as náuseas, os vômitos, a anorexia, a mucosite oral, a disgeusia, a diarreia e a obstipação (Ferreira, Scarpa & Silva, 2008; Tong, Isenring & Yates, 2009; Lavdaniti, 2014; Mardas, Madry & Mardas, 2016) indo ao encontro da minha realidade profissional, pelo que serão estes os sintomas sobre os quais este trabalho vai incidir.

No entanto existem outros sintomas condicionantes da ingestão alimentar, tais como: disfagia, xerostomia, fadiga, dor, dispneia, má absorção e saciedade precoce (Mardas et al, 2016).

Embora a neutropenia seja um sinal de possível toxicidade da quimioterapia e, que se encontra relacionada de forma indireta com a alimentação, já que existem cuidados acrescidos na higienização e confeção dos alimentos, não é um fator per si condicionante da diminuição da ingestão alimentar, exceto quando estão instalados sintomas, como o caso da mucosite.

A anorexia é definida como uma perda involuntária de apetite e são muitos os fatores que contribuem para o seu aparecimento associada ao cancro, sendo os efeitos secundários da quimioterapia um deles (Oncology Nurses Society, ONS, 2017)

A mucosite oral é caracterizada por uma inflamação aguda da mucosa oral e orofaríngea que pode afetar os lábios, as gengivas e a mucosa das bochechas (Lavdaniti, 2014). Estima-se que ocorre em cerca de 40% dos doentes em tratamento de quimioterapia. Como resultado da mucosite oral, os doentes podem ter anorexia, desidratação perda de peso e desnutrição pela dificuldade na ingestão de alimentos, quer sejam sólidos ou líquidos (ONS, 2017).

Segundo a European Society for Medical Oncology (ESMO, 2017). Os fármacos antineoplásicos mais potenciadores de causar mucosite oral são: ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposido, ifosfamida, metotrexato, docetaxel, paclitaxel, cisplatina, carboplatina, oxaliplatina, irinotecano, 5-Fluorouracilo, folinato de cálcio e vinorelbina.

A náusea é uma experiência subjetiva, muito desagradável que é descrita como um sentimento “ondulado” que ocorre no estômago ou na região da orofaringe que

pode ser acompanhado por vômito. As náuseas quando leves podem melhorar com a ingestão de alimentos, no entanto quando estas são intensas impedem a pessoa de se alimentar. O vômito é definido pela expulsão forçada de conteúdo gástrico (Polovich, Olsen & LeFebvre, 2016).

Cada fármaco antineoplásico apresenta um nível emetogénico, que pode ser considerado como mínimo, moderado ou alto conforme se pode verificar pela análise da Tabela 1.

EMETOGENIC POTENTIAL OF SINGLE INTRAVENOUS ANTINEOPLASTIC AGENTS			
	IV CHEMOTHERAPY	ORAL CHEMOTHERAPY*	
HIGH	Anthracycline/cyclophosphamide combination†	Cyclophosphamide $\geq 1500 \text{ mg/m}^2$	Hexamethylmelamine
	Carbustine	Dacarbazine	Procarbazine
	Cisplatin	Meclizethamine	
		Streptozocin	
MODERATE	Alisertumab	Doxorubicin	Bosutinib
	Azacitidine	Epirubicin	Ceritinib
	Bendamustine	Idarubicin	Crizotinib
	Carboplatin	Ifosfamide	Cyclophosphamide
	Clofarabine	Irinotecan	Imatinib
	Cyclophosphamide $< 1500 \text{ mg/m}^2$	Oxaliplatin	Temozolomide
	Cytarabine $< 1000 \text{ mg/m}^2$	Romidepsin	Vincelbine
	Daunorubicin	Temozolomide‡	
LOW		Thiotepa§	
		Trabectedin	
	Aflibercept	Ipilimumab	Afatinib
	Belinostat	Ixabepilone	Axatinib
	Blinatumomab	Methotrexate	Capecitabine
	Bortezomib	Mitoxantrone	Dabrafenib
	Brentuximab	Nab-paclitaxel	Dasatinib
	Cabazitaxel	Paclitaxel	Everolimus
	Carfilzomib	Panitumumab	Etoposide
	Catumaxumab	Pemetrexed	Fludarabine
	Cetuximab	Pegylated liposomal doxorubicin	Ibrutinib
	Cytarabine $\leq 1000 \text{ mg/m}^2$	Pertuzumab	Idelalisib
	Docetaxel	Temsirolimus	Lapatinib
	Eribulin	Topotecan	
	Etoposide	Trastuzumab-emtansine	Vandetanib
	5-Fluorouracil	Vinorelbine	Vorinostat
MINIMAL	Gemcitabine		
	Bevacizumab	Pembrolizumab	Chlorambucil
	Bleomycin	Pixantrone	Erlotinib
	Busulfan	Pralatrexate	Gefitinib
	2-chlorodeoxyadenosine	Rituximab	Hydroxyurea
	Cladribine	Trastuzumab	Melphalan
	Fludarabine	Vinblastine	Methotrexate
	Nivolumab	Vincristine	L-phenylalanine
	Ofatumumab	Vinorelbine	mustard
			Pomalidomide

*Classified emetogenic potential of oral agents based upon a full course of therapy and not a single dose.
†The combination of an anthracycline and cyclophosphamide in patients with breast cancer should be considered highly emetogenic.
‡No direct evidence found for temozolomide IV, as all sources indicate a similar safety profile to the oral formulation, the classification was based on oral temozolomide.
§Classification refers to individual evidence from paediatric trials.
IV, intravenous.

Tabela 1 – Distribuição dos fármacos antineoplásicos quanto ao seu nível emetogénico (ESMO, 2017, p. 109)

De acordo com esta tabela os fármacos antineoplásicos via endovenosa com alto nível emetogénico são: cisplatina, mecloretamina, streptozocina, ciclofosfamida

> 1500mg/m², carmustina e dacarbazina. As antraciclinas quando associadas com a ciclofosfamida também apresentam alto nível emetogénico, como é o caso do protocolo AC (doxorubicina + ciclofosfamida), habitualmente usados em cancro da mama.

A disgeusia é definida como a alteração de paladar.

Os fármacos antineoplásicos mais relacionados como as alterações do paladar são: cisplatina, ciclofosfamida, dacarbazina, mecloretamina, 5-FU e metotrexato (Costa et al, 2005).

A diarreia é definida como um aumento anormal na frequência das dejeções, aumento anormal na fluidificação das fezes e aumento no volume fecal (Costa et al, 2005).

Segundo a ESMO (2018) os fármacos antineoplásicos com maior potencialidade de causar diarreia são: 5-Fluouracilo, principalmente quando associado com o folinato de cálcio e o irinotecano.

Já a obstipação define-se como longos períodos sem evacuar (3 a 4 dias). As fezes, em muitos casos são duras levando à necessidade de tomar laxantes (Lavdaniti, 2014).

Os citostáticos que causam este sintoma são os alcaloides da vinca, como o caso da vinblastina, vincristina e vinorelbina (ESMO, 2018).

Importa realçar que os recetores antagonistas da serotonina, utilizados como antieméticos podem causar obstipação.

Quando combinados estes agentes antineoplásicos podem potenciar com maior ou menor gravidade a presença destes sintomas.

O controlo destes sintomas pode ser otimizado, não só por fármacos mas também através de intervenções de enfermagem, baseadas em estratégias alimentares (Davidson et al, 2012, Okten & Beduk, 2017).

1.4 - Teóricas de Enfermagem

O doente oncológico submetido a quimioterapia depara-se com efeitos secundários que interferem diretamente na alimentação, podendo comprometer a necessidade de comer e beber. Para minimizar o impacto destes sintomas, cabe ao enfermeiro apoiar e educar o doente no sentido do autocuidado.

Desta forma, este projeto encontra-se sustentado por dois referenciais teóricos, a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson e a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem.

Todas as intervenções de enfermagem visam sempre a rápida recuperação ou manutenção da saúde (Henderson, 2007) sendo a educação para a saúde o meio de capacitação que leva à independência.

De acordo com esta teórica, é fulcral atender à promoção para a saúde, pois esta é mais importante do que cuidar de doentes, uma vez que a manutenção da saúde é essencial ao funcionamento humano (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Henderson (2007),

a função da própria enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde para a sua recuperação que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse força, a vontade ou conhecimentos necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível (p. 3).

A sua teoria tem como base a satisfação das 14 necessidades humanas básicas que enumera, sendo a necessidade de ajudar o doente a comer e a beber que se encontra implícita neste projeto.

A principal função dos enfermeiros é a prestação direta de cuidados de enfermagem ao doente, tendo sempre como objetivo a independência do mesmo (quando esta é possível).

Todo o ser humano deseja ser independente no que concerne à satisfação das necessidades básicas humanas, logo a insatisfação de uma necessidade gera um indivíduo incompleto. A pessoa submetida a quimioterapia muitas vezes não consegue satisfazer a necessidade humana básica de comer e beber, pelo que os enfermeiros deverão estar aptos a informar, aconselhar sobre os efeitos secundários da quimioterapia, os requisitos nutricionais e sobre a seleção e preparação dos alimentos, de modo a ensinar o doente para que este possa ser o mais autónomo possível nesta área e, que atendam à satisfação desta necessidade humana básica.

Dorothea Orem propõe três teorias que se inter-relacionam: a Teoria do Autocuidado, a do Défice do Autocuidado e a dos Sistemas de Enfermagem, dando origem à sua teoria geral, a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

O conceito de autocuidado, base do referencial teórico de Dorothea Orem, pode ser definido como sendo a prática de atividades que a pessoa realiza em seu próprio benefício, que visam a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001).

Orem apresenta três categorias de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento de autocuidado e requisitos de desvio de saúde (Orem, 2001).

Os requisitos universais de autocuidado podem ser definidos como ações dirigidas à promoção do autocuidado e estão associados com os processos de vida e com a manutenção e integridade da vida humana, em termos comuns podemos designá-los como as atividades de vida diária (Orem, 2001).

A capacidade de colocar em prática o autocuidado exige requisitos específicos. São seis os requisitos sugeridos por Orem (2001): (1) manutenção de uma ingestão de ar, água e comida; (2) cuidados associados aos processos de eliminação e de excrementos; (3) preservação do equilíbrio entre atividade e descanso; (4) preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; (5) prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar humano e (6) promoção do desenvolvimento humano nos grupos sociais, consoante o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

Os requisitos de desenvolvimento de autocuidado podem definir-se como eventos ou situações novas que ocorrem na vida de um ser humano com o propósito do seu desenvolvimento (Orem, 2001).

Por último, os requisitos de desvio da saúde, que se dividem em seis, são referentes aos cuidados ou tomadas de decisões relativamente ao problema identificado ou diagnosticado com o objetivo da sua recuperação e reabilitação (Orem, 2001). Assim o enfermeiro assume um papel preponderante na educação do doente oncológico submetido a quimioterapia na promoção da alimentação no decorrer dos tratamentos e após estes, de forma a minimizar o impacto dos seus efeitos secundários.

No défice do autocuidado ocorre uma parceria entre enfermeiro e doente, na qual são identificados os problemas e determinadas as ações e o tipo de intervenção apropriada (Orem, 2001) no sentido de munir o doente de capacidades que lhe permitam ser autónomos para cuidarem de si mesmos.

Quando a pessoa não consegue cuidar de si própria, o défice de autocuidado conduz à ativação de sistemas de enfermagem, que se definem como ações

desencadeadas pelos enfermeiros que perspetivam minimizar as limitações do doente com défice de autocuidado (Orem, 2001).

De acordo com a intervenção do enfermeiro na ação, Orem (2001) criou três sistemas de enfermagem: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. No sistema de enfermagem totalmente compensatório a pessoa encontra-se incapacitada para cuidar de si mesma, pelo que necessita que o enfermeiro o substitua. No parcialmente compensatório, existe uma partilha na realização do autocuidado entre enfermeiro e doente. No sistema de apoio e educação a pessoa é capaz de executar o autocuidado com o apoio e ensino por parte do enfermeiro (Tomey & Alligood, 2004).

Este último sistema de enfermagem, apoio e educação, é extremamente importante para o trabalho a que me propus desenvolver, uma vez que este projeto de intervenção tem como objetivo promover a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia através do ensino pela equipa de enfermagem.

Para a autora, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados de modo a realizar um planeamento e intervir. Orem, identificou cinco áreas em que o enfermeiro é o agente terapêutico e desenvolve as seguintes atividades, que podem ser combinadas entre si: atuar por outra pessoa ou fazer algo por ela; guiar e orientar; proporcionar suporte físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por fim ensinar (Tomey & Alligood, 2004).

O enfermeiro é responsável pelo planeamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento (Andrade, 2012). Cabe ainda aos enfermeiros, acompanhar o doente, dotando-o de competências de autocuidado, e perceber até que ponto os doentes apresentam sintomas condicionantes da ingestão alimentar, qual a perceção que têm face aos mesmos e, por último como gerem esses sintomas.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Este trabalho teve como suporte a metodologia de projeto, que se baseia “numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.” (Ruivo, & Ferrito, 2010, p.2). Esta metodologia inclui cinco etapas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e, por fim divulgação dos resultados através de um relatório, que neste caso especificamente, se apresenta sob a forma de um relatório de estágio.

No sentido de aprofundar conhecimentos teóricos realizei uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, recorrendo a livros, teses de mestrado e artigos científicos. Realizei uma revisão scoping (Apêndice I). No entanto, desta revisão apenas foram encontrado três artigos que respondessem efetivamente à minha questão de investigação, pelo que me baseei em literatura cinzenta de acordo com a problemática em estudo. No entanto, durante a pesquisa realizada nas bases de dados da plataforma EBSCO encontrei um artigo que responde à minha questão. Trata-se de um artigo realizado por Lavdaniti (2014) “A nursing perspective of nutrition in cancer patient undergoing chemotherapy” em que o seu objetivo foi apresentar uma dieta adequada ao doente oncológico submetido a quimioterapia, enumerando os sintomas: anorexia, náuseas e vômitos, mucosite, diarreia e obstipação e descreveu quais as estratégias alimentares a adotar para os referidos sintomas. Concluindo que o enfermeiro desempenha um papel importante no aconselhamento da alimentação e na avaliação de risco de desnutrição no doente submetido a quimioterapia.

Foi também realizada uma análise SWOT, permitindo obter uma perspetiva do projeto quanto às forças, às fraquezas, às oportunidades e às ameaças no ambiente em que este se pretende desenvolver (Apêndice II).

Segundo Patricia Benner (2001), todas as experiências precisam de uma aprendizagem e não basta uma única situação para se adquirir determinada competência. O Estágio constitui-se como uma componente de formação fundamental na validação e aplicação da experiência profissional, consolidação e desenvolvimento de novas competências e articulação das aprendizagens realizadas, pelo que a escolha dos locais de estágio revela-se de especial importância (Cabete, 2007).

Para cada campo de estágio foram definidos objetivos gerais e específicos, que serão descritos ao longo deste relatório, bem como as atividades planejadas, os resultados esperados e as competências a adquirir (Apêndice III) de acordo com o respetivo cronograma (Apêndice IV).

A escolha dos campos de estágio teve em conta a particularidade de um Hospital de Dia de Hematologia e Hospital de Dia de Oncologia, de forma a adquirir competências e conhecimentos em hemato-oncologia, uma vez que em cada especialidade existem fármacos específicos

Antes da seleção dos campos de estágio realizei contactos com as Sras. Enfermeiras Chefes e realizei uma visita a cada serviço de forma a certificar-me de que os locais de estágio preenchiam os requisitos para a concretização dos objetivos definidos.

Os estágios decorreram no período compreendido entre 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018, como evidencia a tabela abaixo.

Local de Estágio	Período de Estágio	Nº Turnos	Nº Horas
Estágio I - Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A	25/09/2017 a 06/10/2017	5	40
Estágio II - Hospital de Dia de Hematologia no Hospital A	09/10/2017 a 03/11/2017	13	104
Estágio III - Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B	06/11/2017 a 15/12/2017	18	144
Estágio IV - Hospital de Dia de Hemato Oncologia do Hospital C	03/01/2018 a 09/02/2018	18	144
Total	-	54	432

Tabela 2 – Distribuição dos locais de estágio

Com os primeiros três locais de estágio pretendeu-se a aquisição de conhecimentos e competências para a melhoria de cuidados de enfermagem na promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia, no sentido de as colocar em prática no último estágio, local onde exerço funções.

O estágio I, Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A, embora não correspondesse totalmente às necessidades do projeto, uma vez que nele não era realizada uma avaliação de risco nutricional efetiva por parte da equipa de enfermagem. No entanto era um serviço com uma enorme envergadura na área de oncologia pelo número de tratamentos que realiza por ano (15758 tratamentos em 2016). Por esta razão optei pela inclusão do mesmo neste percurso, embora com um tempo reduzido comparativamente aos restantes.

A escolha dos estágios II e III prendeu-se com o facto de ambos os serviços onde os realizei procederem a uma avaliação de risco nutricional ao doente submetido a quimioterapia, o que vai de encontro aos objetivos pretendidos com o meu projeto de intervenção. Acrescentando o facto de ambos se complementarem, proporcionando uma visão ampla dos doentes oncológicos sob tratamento de quimioterapia, uma vez que cada um deles se encontra direcionado para uma vertente diferente. O estágio II, hematologia e o estágio III oncologia, direcionados a tratamento de tumores líquidos e sólidos, respetivamente.

O estágio I teve como objetivo geral **desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que apresenta incapacidade para se alimentar relacionada com sintomas induzidos pelo tratamento**, que é comum aos estágios II e III.

Com este objetivo geral pretendeu-se avaliar quais os sintomas relacionados com a alimentação que os doentes apresentam induzidos pelo tratamento de quimioterapia. Para tal foi elaborado um guião de entrevista para realizar aos doentes (Apêndice V) e que o estágio I foi um local escolhido para ser aplicado na forma de pré-teste.

Assim, para os estágios II e III, para além do objetivo geral acima referido, definiu-se um segundo objetivo: **desenvolver competências para a elaboração de protocolos de atuação sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia** e, com este pretendeu-se adquirir conhecimentos, através da observação da prática clínica, quer pela a equipa de enfermagem, bem como por nutricionistas/dietistas de forma a implementar o projeto de intervenção no estágio IV.

O estágio IV, Hospital de Dia de Hemato-Oncologia, incidiu na implementação do projeto de intervenção, sendo este referente ao meu local de trabalho e teve como

objetivo geral: **promover a alimentação da pessoa submetida a quimioterapia de forma a minimizar o impacto dos sintomas na qualidade/ quantidade dos nutrientes ingeridos.**

Assim, passo a descrever, numa sequência temporal as atividades desenvolvidas em cada local de estágio, onde evidencio os objetivos gerais e específicos associados a cada serviço e as competências desenvolvidas.

2.1 – Estágio I: Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A

O meu primeiro estágio decorreu no período compreendido de 25 de setembro a 6 de outubro de 2017.

No sentido de dar resposta ao objetivo geral preconizado para este campo de estágio, descrito anteriormente, foram delineados três objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço.

Como este estágio teve um período de tempo muito reduzido (40 horas) foi essencial uma rápida integração no serviço, no qual a minha orientadora teve um papel crucial apresentando-me a todos os elementos da equipa o que me proporcionou expor o projeto de intervenção de forma individualizada.

A disponibilidade da equipa, a observação das práticas e da dinâmica, a consulta de normas e protocolos do serviço foram atividades extremamente úteis para a concretização deste objetivo, pelo que foi elaborado um documento escrito com a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço (Apêndice VI).

- Identificar os fármacos antineoplásicos com impacto na necessidade de comer e beber.

De forma a atingir este objetivo foi planeada a elaboração de um documento escrito com a identificação dos fármacos antineoplásicos vs sintomas que interferem com a capacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar de forma adequada. Para tal pesquisei de forma exaustiva uma fonte fidedigna, atualizada e baseada em evidência científica. Na pesquisa, em alguns artigos e livros apenas encontrei alguns fármacos pelo que recorri a sites sobre oncologia.

Assim, utilizei como referências para a elaboração do documento a BC Cancer (British Columbia Cancer), sendo esta uma referência mundial a nível da oncologia. É uma organização canadiana que através de seis centros regionais fornece cuidados de oncologia na avaliação e diagnóstico, quimioterapia, radioterapia e cuidados de suporte e paliativos. Foi através do site desta organização <http://www.bccancer.bc.ca> que foi possível aceder a uma lista de fármacos utilizados em oncologia, Cancer Drug Manual®, em que contém informações concisas de cada fármaco, incluindo os seus efeitos secundários. Desta forma selecionei os fármacos endovenosos e subcutâneos mais utilizados na minha realidade laboral, quer para tumores sólidos bem como para tumores líquidos, tendo sido acrescentados e/ou validados de acordo com o campo de estágio realizado. Para cada fármaco selecionei os efeitos secundários mais frequentes relacionados com a alimentação (anorexia, náuseas, vômitos, mucosite, disgeusia, diarreia e obstipação em que os que se apresentam a negrito são os clinicamente mais importantes (Apêndice VII).

Por outro lado, de forma a obter uma referência portuguesa pesquisei no site do INFARMED (Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento) na base de dados de medicamentos de uso humano (Infomed) os mesmos fármacos e para cada um deles pesquisei o resumo das características do medicamento (rcm). Na pesquisa efetuada no INFARMED, caracteriza os efeitos secundários como sendo: muito frequentes, frequentes, pouco frequentes, raros e muito raros. Assim elaborei um documento idêntico ao anterior mas com a particularidade de obter a maior ou menor frequência de sintomas para cada medicamento. No entanto ao analisar e comparar com o documento baseado no BC Cancer apercebi-me de que esta descrição, não era fidedigna e, deste modo decidi não incluí-lo neste projeto.

- Validar os sintomas que estão diretamente relacionados com a incapacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar adequadamente.

No sentido de responder a este objetivo, foi construído previamente um guião de entrevista com a colaboração do Prof. Óscar Ferreira (Apêndice V). Este guião teve como objetivo avaliar quais os sintomas que os doentes apresentaram aquando tratamento de quimioterapia relacionados com a alimentação e quais as estratégias que utilizaram para a minimização dos mesmos. Foi aplicado sob a forma de entrevista informal aos doentes, uma vez que não existia um consentimento formal com a

instituição para a aplicação dos mesmos. No entanto antes da sua aplicação foi pedido um consentimento informal a cada doente.

Desta forma foram realizadas vinte e cinco entrevistas informais aos doentes e foi elaborado um documento escrito com os resultados obtidos (Apêndice VIII).

Da aplicação do questionário o sintoma mais prevalente foi a anorexia apontado por 14 doentes correspondendo a 23% do total da amostra.

Este estágio, embora com um período de tempo reduzido, foi um estágio bastante enriquecedor pela sua magnitude, sendo um Serviço e um Hospital de Referência na área de Lisboa.

As atividades e os objetivos delineados foram alcançados com sucesso. Neste campo de estágio a minha atuação incidiu bastante nas práticas observadas, na comunicação relacional com os doentes e suas famílias. No entanto, em cinco turnos, no total de 40h consegui integrar-me no serviço, colaborando na triagem, primeiro contacto com a equipa de enfermagem, na preparação e administração de terapêutica.

Desta forma desenvolvi competências comuns ao enfermeiro especialista (OE, 2010) (nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens, desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade); competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (estabelecendo uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas) e competências de Mestre (possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível, que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde).

2.2 - Estágio II: Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A

O segundo campo de estágio teve lugar no Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A que decorreu entre 9 de setembro a 3 de novembro de 2017.

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o facto de que neste hospital de dia existia uma consulta de enfermagem estruturada e aplicava-se uma escala de avaliação de risco nutricional, indo ao encontro dos meus objetivos.

De forma a dar resposta aos objetivos delineados para este estágio, em conversas prévias com a Sra. Enf.^a Chefe do Serviço e, de acordo com a distribuição mensal da equipa de enfermagem pelos diferentes postos de trabalho do hospital de dia, estabelecemos que iria permanecer a maior parte do tempo de estágio alocada à consulta de enfermagem com a minha orientadora.

Para este campo de estágio foram delineados dois objetivos gerais, o primeiro transversal aos estágios I, II e III e um segundo que considero primordial para a implementação do projeto.

De forma a responder ao objetivo geral **desenvolver competências de Enfermeiro especialista no âmbito da promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que apresenta incapacidade para se alimentar relacionada com sintomas induzidos pelo tratamento** foram definidos dois objetivos específicos.

- Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço.

De forma à concretização deste objetivo, a equipa de enfermagem teve um papel preponderante, uma vez que fui recebida de forma bastante calorosa. Através de reuniões informais com a equipa expus o meu projeto à mesma. A consulta de normas e protocolos, a observação da prática realizada e com o apoio e esclarecimentos da minha orientadora foi possível concretizar este objetivo específico com alguma facilidade, pelo que espelho a caracterização do serviço num documento próprio (Apêndice IX).

- Validar os sintomas que estão diretamente relacionados com a incapacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar adequadamente.

Para a concretização deste objetivo foi aplicada uma *checklist*, baseada no guião de entrevista realizado no estágio anterior (Apêndice X). Através desta *checklist* pretendeu-se avaliar se os doentes apresentaram os seguintes sintomas: náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, disgeusia, diarreia e obstipação; tendo sido mais uma vez realizadas entrevistas informais para a obtenção dos resultados, com o

consentimento informal por parte dos doentes. Elaborei um documento escrito com os resultados obtidos e respetiva análise dos mesmos (Apêndice XI).

Nesta análise é de realçar que dos vinte e cinco doentes inquiridos, treze referiram que apresentaram mucosite, sendo que o denominador comum à maioria destes, foi o facto de que se encontravam a realizar tratamento com doxorubicina e ciclofosfamida, sendo estes fármacos altamente potenciadores deste sintoma (ESMO, 2018).

Para o segundo objetivo geral preconizado: **desenvolver competências para a elaboração de protocolos de atuação sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia**, foram desenvolvidos quatro objetivos específicos os quais foram atingidos essencialmente na consulta de enfermagem.

- Identificar as intervenções de enfermagem sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que promovem esta necessidade.

O Projeto da Consulta de Enfermagem teve início em 2013 mas apenas foi colocado em prática em 2016 e visa “promover um momento que privilegie a relação terapêutica e a comunicação num espaço de privacidade e sigilo, favorecendo o autocuidado e a adesão ao processo terapêutico.”

O facto de existir uma consulta de enfermagem estruturada permite que todos os elementos da equipa de enfermagem apresentem o mesmo fio condutor e seguimento para o efeito. Nesta consulta são realizados diversos esclarecimentos e aplicação de escalas, nomeadamente intervenções de enfermagem sobre a alimentação e segurança alimentar e aplicação de uma escala de avaliação de risco nutricional – MUST. De forma a descrever e enfatizar o Projeto da Consulta de Enfermagem elaborei uma análise sobre o mesmo (Apêndice XII).

Importa realçar que, neste hospital de dia, encontram-se preconizadas três consultas de enfermagem. A primeira antes do tratamento realizado em hospital de dia (o primeiro tratamento pode ser realizado em contexto de internamento), a segunda sob a forma de contacto telefónico, cerca de 48h a 72h após o tratamento e, por fim a terceira consulta que ocorre aquando do segundo tratamento.

Uma consulta de enfermagem ao doente oncológico deve ser provida de saberes e conhecimentos técnico-científicos complexos e específicos e essencial à

prática, aliado a uma relação terapêutica, que respeite a individualidade da pessoa. “Com uma visão humanista no âmbito do quotidiano assistencial, uma conjugação entre técnica e o modo de ser de quem realiza e para quem o cuidado é realizado” (Andrade, 2012, p.28).

A consulta de enfermagem é um momento propício para que o enfermeiro inicie uma relação terapêutica com o doente/ família, uma vez que é nesta consulta que se inicia todo o percurso do doente em hospital de dia. Desta forma, o enfermeiro deve tecer laços de confiança com o doente e estes devem ser fundados no respeito pela pessoa (Hesbeen, 2000). Para que esta ação possa acontecer o enfermeiro deve demonstrar uma conjugação de oito atributos: o calor, a escuta, a disponibilidade, a simplicidade, a humildade, a autenticidade, o humor e a compaixão (Hesbeen, 2000).

Na consulta de enfermagem, para além da colheita de dados, são realizados esclarecimentos sobre o tratamento, potenciais efeitos adversos do mesmo, segurança alimentar e riscos do ambiente.

De forma a alcançar os objetivos propostos, a maior parte dos turnos que realizei neste estágio foram passados na consulta de enfermagem onde tive oportunidade de assistir e colaborar em 12 consultas de enfermagem presenciais e duas consultas não presenciais (telefonemas), sendo que o objetivo de assistir a pelo menos cinco consultas de enfermagem foi claramente alcançado.

- Identificar os ensinamentos realizados pela nutricionista/dietista à pessoa submetida a quimioterapia.

Infelizmente este objetivo não foi atingido de forma plena uma vez que a dietista não mostrou disponibilidade para me receber e acompanhar nas consultas, embora tenha realizado um esforço para o efeito, através de contactos telefónicos com a mesma.

Como atividades definidas para este objetivo tinha preconizado assistir a pelo menos três consultas com a dietista no entanto apenas assisti a uma, e com bastante insistência, pedindo à doente previamente.

A justificação que me deu foi a pouca disponibilidade de tempo, no entanto não me pareceu ser uma razão plausível, uma vez que, como referi realizei contactos telefónicos prévios no sentido de que quando esta fosse ao hospital de dia para a realização de consultas me avisasse. Talvez, pensasse que eu, enquanto enfermeira

estaria a entrar no seu campo de atuação. Em oncologia, torna-se fundamental o trabalho em equipa multidisciplinar, contudo “os profissionais que compõem essas equipas enfrentam dificuldades inerentes à sua prática” (Silva & Hahn, 2012, p.126).

- Identificar Escalas de Avaliação de Risco Nutricional utilizadas na pessoa submetida a quimioterapia.

Existem várias escalas de avaliação de risco nutricional, bem como outras para avaliar o estado nutricional. Enquanto as primeiras podem ser aplicadas por qualquer profissional de saúde, as outras exigem treino adequado para a sua aplicação.

Após a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática identifiquei várias escalas de avaliação de risco nutricional: Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Malnutrition Screening Tool (MST) e Mini Nutritional Assessment Short Form Revised (MNA-SF), bem como escalas de avaliação nutricional: Subjective Global Assessment (SGA), Patient-Generate Subjective Global Assessment (PG-SGA) e Minimal Nutrition Assessment (MNA).

De forma a entender em que consiste cada escala, em que parâmetros se baseia, como se aplica e a quem se aplica desenvolvi um documento escrito com a caracterização de cada uma (Apêndice XIII).

Na consulta de enfermagem tive oportunidade de observar e participar na avaliação de risco nutricional realizada aos doentes. A escala preconizada neste Hospital de Dia para o efeito é a escala de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). A realização da mesma faz-se de forma particular, em sistema informático, através de um link a que todos os elementos da equipa de enfermagem têm acesso, assim elaborei um documento que descreve como é realizada a sua aplicação (Apêndice XIV).

Com a aplicação desta escala o doente é classificado quanto ao risco de desnutrição e que pode ser: baixo risco, moderado risco e alto risco, em que neste último o doente deve ser referenciado para a consulta de dietética.

Durante a minha presença na consulta de enfermagem, nenhum doente foi avaliado como alto risco, pelo que nenhum foi referenciado para a dietista.

Assim, na semana em que permaneci na sala de tratamentos também apliquei a escala de MUST, de forma manual e, de igual forma nenhum foi considerado com alto risco.

Ao analisar de forma crítica esta constatação posso afirmar que um dos contributos para este facto prende-se nos conselhos que a equipa de enfermagem fornece aos doentes. A educação da equipa de saúde pode diminuir os sintomas da quimioterapia (Mollaogh & Erdogan, 2014).

Com a realização deste estágio foi possível aprofundar conhecimentos e competências para a elaboração de protocolos de atuação sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia, quer pela pesquisa bibliográfica, realização de cuidados de enfermagem sobretudo na consulta de enfermagem e pela observação da prática realizada.

Através das atividades realizadas neste estágio foi-me possível desenvolver competências comuns ao enfermeiro especialista (OE, 2010) nos domínios: A - responsabilidade profissional ética e legal, desenvolvendo uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção e promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B – melhoria da qualidade, criando um ambiente terapêutico seguro e no domínio D – desenvolvimento das aprendizagens, desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade.

A consulta de enfermagem consistiu num momento privilegiado para cuidar e estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica, seus cuidadores e familiares diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas, pelo que desenvolvi competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

A par, destas, também foi possível desenvolver competências do enfermeiro especialista em oncologia (EONS, 2013) uma vez que na consulta de enfermagem se procede a uma avaliação das necessidades do doente oncológico, traçando um plano de cuidados individualizados e implementando intervenções de enfermagem. A informação e a comunicação está presente em todo o processo, nomeadamente no que se refere à transmissão dos potenciais efeitos secundários do tratamento que vai realizar, pelo que se torna essencial trabalhar em parceria com o doente de forma, a que este possa identificar os sintomas e a minimizar o seu impacto.

Em relação às competências de Mestre estas foram desenvolvidas no decorrer do estágio tendo demonstrado, aplicado e aprofundado conhecimentos adquiridos ao nível do 1º ciclo.

2.3– Estágio III: Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B

Como referi anteriormente, os dois primeiros objetivos são transversais a este campo de estágio, que decorreu no período de 6 de novembro a 15 de dezembro de 2017 e teve lugar no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B.

Os objetivos gerais preconizados para este campo de estágio foram: **desenvolver competências de Enfermeiro especialista no âmbito da promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que apresenta incapacidade para se alimentar relacionada com sintomas induzidos pelo tratamento e desenvolver competências para a elaboração de protocolos de atuação sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia.**

De forma a responder aos objetivos acima descritos foram elaborados dois objetivos específicos para ambos.

- Conhecer a dinâmica organizacional funcionamento do serviço.

Para a concretização deste objetivo contei com o apoio da equipa de enfermagem, que mais uma vez constituiu-se como um agente fundamental, quer pela estrita colaboração por parte da mesma, quer pela relação que mantive com a restante equipa multidisciplinar, auxiliares de ação médica, administrativos, médicos e dietista. Através de reuniões informais com a equipa expus o meu projeto à mesma. A consulta de normas e protocolos, a observação da prática realizada, o apoio e esclarecimentos da minha orientadora, foram meios facilitadores para alcançar este objetivo. De forma a espelhar a caracterização deste serviço elaborei um documento próprio para o efeito (Apêndice XV).

- Validar os sintomas que estão diretamente relacionados com a incapacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar adequadamente.

Foi aplicada a *checklist* – Presença dos efeitos secundários induzidos pela quimioterapia que estão diretamente relacionados com a alimentação, elaborada no anterior campo de estágio. Mais uma vez, esta foi realizada sob a forma de entrevista informal, com consentimento informal cedido pelos doentes.

Dos 25 inquiridos o sintoma mais prevalente foi a anorexia apontado por 14 doentes, o que corresponde a 23% da amostra. O segundo sintoma mais prevalente e apontado por 13 doentes, correspondendo a 21% da amostra foi a disgeusia.

A disgeusia, alteração de sabor está muito associada ao fármaco 5-FU, sendo que seis desses doentes se apresentavam em tratamento com esse fármaco.

- Identificar as intervenções de enfermagem realizadas sobre a problemática.

Relativamente à consulta de enfermagem esta não é realizada de forma consistente e estruturada como no hospital de dia de hematologia do Hospital A. Posso dizer que esta é realizada de forma semi-estruturada, uma vez que todos os enfermeiros apresentam o mesmo fio condutor para a consulta. Neste hospital de dia não existe um setor ou posto de consulta de enfermagem. A responsável do hospital de dia faz a distribuição de doentes no dia anterior, pelo que tive oportunidade de assistir a consultas realizadas por três enfermeiros distintos.

Primeiramente é realizada uma colheita de dados quer a nível da história clínica, situação sócio-familiar, são realizados esclarecimentos sobre o tratamento e quais os potenciais efeitos secundários, nomeadamente os que estão diretamente relacionados com a alimentação e é entregue um folheto com os efeitos secundários próprios de cada protocolo de quimioterapia. Ao assistir às consultas de enfermagem, com vários enfermeiros apercebi-me que uns enfatizam mais a temática da alimentação do que outros. Indo mais além do que as estratégias alimentares que estão nos folhetos.

Coloquei como indicador de avaliação assistir a dez consultas de enfermagem, no entanto apenas assisti a sete, uma vez que estávamos duas enfermeiras em estágio, partilhando o mesmo objetivo específico.

Assim, posso concluir que as principais intervenções de enfermagem realizadas neste campo de estágio no âmbito da alimentação passam pelo aconselhamento de estratégias alimentares gerais e a avaliação do risco nutricional através da Escala de MUST.

O facto de permanecer na sala de trabalho, colaborando na prestação de cuidados aos doentes que se encontravam a realizar quimioterapia, ao realizar entrevistas informais com estes e seus familiares, constatei como é importante

estabelecermos, enquanto enfermeiros, uma comunicação terapêutica e, que muitas vezes esta é descuidada pela falta de tempo a que estamos sujeitos no nosso quotidiano profissional. Assim, realizei um jornal de aprendizagem no qual refleti sobre a importância da comunicação à pessoa submetida a quimioterapia (Apêndice XVI).

- Identificar os ensinamentos realizados pela nutricionista/ dietista à pessoa submetida a quimioterapia.

Neste hospital de dia existe uma estreita relação entre dietista e equipa de enfermagem. Todas as quintas-feiras o dietista realiza consulta no espaço físico deste serviço.

Os doentes são referenciados à consulta de dietética, quer pela equipa de enfermagem, quer pela equipa médica. Esta referenciação é realizada através de uma marcação de consulta pelo administrativo, dependendo da disponibilidade de agenda por parte do dietista.

Contrariamente, ao que ocorreu no estágio anterior, o dietista recebeu-me de forma bastante calorosa e achou bastante pertinente o meu projeto, realçando a importância da equipa de enfermagem na sinalização dos doentes. Desta forma assisti a nove consultas atingindo largamente o indicador de avaliação - três, compensando o estágio anterior.

Os doentes são referenciados a esta consulta por perda de peso significativo, através da avaliação da escala de MUST ou para aconselhamento de estratégias alimentares.

Estas consultas são realizadas por duas razões: a primeira por perda de peso durante os tratamentos de quimioterapia e/ou após cirurgia ou até mesmo pelo tipo de tumor que causa alterações metabólicas e, por conseguinte leva a uma perda de peso significativo e a segunda por ganho de peso após término de quimioterapia, como por exemplo mulheres com cancro da mama em tratamento de hormonoterapia. Embora a primeira seja a razão predominante.

Nestas consultas é avaliada a MUST, é realizada uma avaliação quanto aos hábitos alimentares dos doentes e quanto às suas preferências com vista a um plano alimentar individualizado respondendo às necessidades de cada pessoa.

Relativamente a estratégias alimentares em que sintomas como as náuseas, os vômitos, a anorexia, a mucosite, a disgeusia, a diarreia e a obstipação estão

presentes, o dietista inclui ou exclui do plano alimentar alimentos que se devem privilegiar e outros a evitar.

Desta forma para melhor descrever e apresentar como funciona a consulta de dietética no Hospital de Dia de Oncologia elaborei um documento escrito para o efeito (Apêndice XVII).

- Aplicar Escalas de Avaliação de Risco Nutricional na pessoa submetida a quimioterapia.

Durante o percurso deste estágio fui avaliando a escala de MUST aos doentes em que esta não estava atualizada. Como a folha própria, preconizada pelo serviço, se encontra no processo físico do doente e, como este se encontra na unidade de cada doente, quando se encontra a realizar tratamento a sua aplicação foi um processo fácil de realizar.

No entanto para adquirir novos conhecimentos decidi aplicar uma outra escala, a Mini Nutritional Assessment (MNA[®]) que foi desenvolvida especificamente com o propósito de detetar risco de desnutrição para a população idosa e que combina rastreio e avaliação nutricional. Assim, identifiquei cinco doentes com idade acima dos 65 anos para a sua aplicação.

Esta escala avalia 18 itens, em que os seis primeiros correspondem a avaliação de risco nutricional, referente à Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA[®]).

Comparativamente à MUST esta é mais fácil e mais rápida de aplicar do que a MNA, uma vez que esta última para além de ter mais questões, com a necessidade de instigar o doente, também obriga à avaliação do perímetro braquial e do perímetro da perna, o que consistiu num desafio para mim.

Ao efetuar esta avaliação sinalizei um doente com alto risco de desnutrição e apliquei também a MUST que corroborou esta avaliação. Desta forma, informei a minha orientadora e a restante equipa e articulámos com o administrativo para a marcação de uma consulta com o dietista, previamente consentida pela doente.

Para este objetivo específico delineei como indicador de avaliação realizar uma reflexão sobre a aplicação das diferentes escalas de avaliação de risco nutricional. No entanto, por uma questão de disponibilidade de tempo, optei por sintetizar e descrevê-la desta forma.

Com este estágio foi possível desenvolver competências comuns ao enfermeiro especialista (OE, 2010) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), na medida em que todo o trabalho desenvolvido neste estágio foi baseado numa prática profissional e ética, promovendo práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, criando um ambiente terapêutico seguro ao cuidar de pessoas com doenças crónicas e seus cuidadores/ familiares e estabelecendo uma relação terapêutica com os mesmos de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas, diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar.

Também desenvolvi competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS, 2013) uma vez que trabalhei em parceria com o doente e seus cuidadores, de forma a controlar sintomas decorrentes da quimioterapia, nomeadamente os que interferem diretamente com a alimentação, informando-os de estratégias alimentares a adotar e realizei uma avaliação quanto ao seu risco nutricional, baseada em escalas validadas para o efeito. Em colaboração com o dietista também me foi possível realizar um plano alimentar individualizado, tendo como premissa as suas necessidades e indo ao encontro das suas preferências alimentares.

Por último desenvolvi competências de Mestre, demonstrando e aplicando conhecimentos adquiridos no 1º ciclo, apliquei e integrei novos conhecimentos de forma a responder da melhor forma às situações vivenciadas, que por vezes se tornaram novas e complexas.

2.4 - Estágio IV: Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C

O quarto local de estágio escolhido foi o Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C, e compreendeu o período de tempo entre 3 de janeiro a 9 de fevereiro de 2018.

O Hospital C é uma referência a nível nacional da prestação privada de cuidados de saúde. A Unidade de Hemato-Oncologia funciona ininterruptamente desde 1983, e é a mais antiga de Portugal, num modelo que integrou desde sempre as vertentes de consulta, hospital de dia, internamento, atendimento não programado e urgência hospitalar numa mesma instituição.

Atualmente, o hospital de dia de hemato-oncologia acolhe doentes do foro, oncológico, hemato-oncológico e hematológico e realiza os tratamentos inerentes aos mesmos, também dá apoio às especialidades de neurologia e urologia. É também neste serviço que são realizadas punções lombares, mielogramas e biópsias ósseas.

Este campo de estágio é o local onde exerço funções, pelo que teve como objetivo geral: **promover a alimentação da pessoa submetida a quimioterapia de forma a minimizar o impacto dos sintomas na qualidade/ quantidade dos nutrientes ingeridos.**

Para a concretização deste objetivo a aquisição de saberes, conhecimentos técnico-científicos baseados na evidência, competências, experiências e práticas vivenciadas nos estágios anteriores proporcionaram-me a implementação deste projeto de intervenção. Deste modo e, de forma a alcançar o objetivo geral proposto, delineei três objetivos específicos.

- Envolver a Equipa Multidisciplinar.

A equipa de enfermagem foi envolvida neste projeto desde o início da sua conceção e foi acompanhando o seu planeamento, uma vez que tive em consideração as opiniões e sugestões partilhadas por esta, nomeadamente pela Sra. Enf.^a Chefe IA, que desde logo se prontificou a ajudar na sua implementação. A temática do projeto foi considerada pertinente por todos. Sendo um tema que gerava bastante controvérsia, uma vez que entre equipa o nosso aconselhamento alimentar não era consensual.

De forma a envolver a Equipa Multidisciplinar, realizei diversas reuniões informais com a equipa de enfermagem, chefia de enfermagem, direção clínica e nutricionista com partilha de sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.

Desta forma elaborei um documento onde descrevo quais os objetivos do projeto e as necessidades detetadas para a sua execução, de uma forma contínua e estruturada (Apêndice XVIII) este foi entregue em suporte de papel aos pares e enviado via email para todos os médicos do serviço (cinco), à equipa de enfermagem (quatro, incluindo a Sra. Enf.^a Chefe), ao diretor de enfermagem e à nutricionista que apoia o serviço, tendo recebido feedback positivo para avançar com o projeto.

- Capacitar a equipa de enfermagem para a promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.

No sentido de atingir este objetivo realizei várias reuniões informativas com cada elemento da equipa de enfermagem em, que de forma individualizada esclareci e ensinei como aplicar a MUST e identifiquei os principais sintomas decorrentes do tratamento de quimioterapia que interferem diretamente com a alimentação bem como enumerei determinados alimentos e conselhos que se devem privilegiar ou evitar para cada sintoma apresentado.

Estes esclarecimentos não visaram a totalidade da equipa como previsto enquanto indicador de avaliação, uma vez que uma colega se encontrava de baixa de maternidade. No entanto, esclareci a Sr.^a Enf.^a Chefe e os restantes três elementos da equipa, não incluindo a minha orientadora, uma vez que esta estava diretamente ligada ao processo.

Outra das minhas atividades desenvolvidas no sentido de envolver a equipa multidisciplinar para a temática foi a implementação de protocolos, assim, face às experiências e revisão bibliográfica desenvolvida nos estágios anteriores construí, em colaboração com a minha orientadora, uma folha para aplicação e monitorização da escala de MUST (Apêndice XIX), uma vez que esta não está parametrizada no nosso sistema informático na aplicação Glintt, bem como a respetiva instrução de trabalho (Apêndice XX).

A Escala de MUST consiste na avaliação de três itens: o índice de massa corporal (IMC), perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses e a redução drástica na ingestão nutricional. De acordo com o score obtido, este é convertido num nível de risco nutricional: score 0 baixo risco; score 1 médio risco e score 2 alto risco.

A pontuação do IMC pode ser 0, quando o IMC se encontra > 20 ; pontuação 1 IMC entre 18.5 – 20 e pontuação 2 quando o IMC é < 18.5 . Quanto à percentagem de peso perdido esta também se baseia na mesma pontuação: 0 para percentagem de peso perdido $< 5\%$, 1 para percentagem de peso perdido entre 5 – 10% e pontuação 2 para percentagem de peso perdido $> 10\%$. Quanto à redução drástica na ingestão nutricional o doente é pontuado em 2 se este estiver gravemente doente e não vai ingerir ou não ingeriu alimentos por cinco ou mais dias, pontuação 0 se não se verificar a afirmação anterior. São somadas as pontuações dos três itens e desta forma obtido o score correspondente.

No sentido de facilitar a avaliação do IMC e a perda de peso perdido, por parte da equipa elaborei umas tabelas baseadas na BAPEN (2016), que ajudam ao seu preenchimento, basta ter conhecimentos dos itens.

Estas ferramentas de avaliação de risco nutricional devem ser frequentemente monitorizadas e, para tal preconizou-se que a sua periodicidade de avaliação seria mensal após a primeira avaliação e, de 21 em 21 dias em doentes cujo protocolo de tratamento seja com essa regularidade. De acordo com a avaliação de risco nutricional são impostas intervenções de enfermagem. Quando os doentes são avaliados em baixo risco estas passam pela monitorização da escala, quando existe médio risco dever ser realizado aconselhamento alimentar por parte da equipa de enfermagem e elaborado um plano de cuidados individualizado ao doente. Quando o doente é avaliado em alto risco de desnutrição este deve ser encaminhado para o nutricionista.

A folha de registo MUST é guardada em dossier próprio, por ordem alfabética de identificação de cada doente. É da responsabilidade da equipa de enfermagem verificar quando é necessário o seu preenchimento. Assim o enfermeiro de véspera atualiza quais os doentes em que deve ser avaliado a MUST, no dia do tratamento.

Os nossos registos informáticos são efetuados na aplicação Glintt e que nela consta uma escala de preenchimento para avaliação do risco nutricional dos doentes, a escala NRS-2002 (Nutritional Risk Screening, 2002) preconizada para doentes internados e não validada para doentes oncológicos, pelo que conversei com a enfermeira da gestão de risco no sentido da futura parametrização da escala de MUST na aplicação Glintt.

- Capacitar a pessoa submetida a quimioterapia para a promoção da sua alimentação.

De forma a atingir este último objetivo específico realizei quatro atividades: uma sessão de showcooking, um guia de alimentação para a pessoa submetida a quimioterapia, a compilação de fichas e receitas elaboradas pelos próprios doentes e seus familiares e sessões de esclarecimento individualizadas aos doentes e seus familiares sobre a alimentação. Sendo que a primeira não estava prevista no projeto, mas que foi um momento que se verificou bastante importante para mim e com um impacto positivo enorme para os doentes.

Esta sessão foi planeada no decorrer do estágio anterior, que contou com a enorme colaboração da minha orientadora neste campo de estágio tendo sido patrocinada pela Nutrícia, que possibilitou a vinda de um *Chef*.

A sessão decorreu no dia 5 de janeiro de 2018, dois dias após o início deste estágio, e foi dividida em três momentos: o primeiro realizado por mim, onde expus uma apresentação sobre os efeitos secundários mais comuns, como estes podem afetar a alimentação e, conseqüentemente a qualidade de vida dos doentes enquanto estes se encontram em tratamento de quimioterapia. Apresentei os alimentos que se deve privilegiar ou evitar para cada sintoma e alertei para a importância de uma alimentação saudável nesta fase. O segundo momento levou a cabo a apresentação de suplementos dietéticos da Nutrícia e, por fim o *Chef* J. F. apresentou e confeccionou algumas receitas culinárias saudáveis e aplicáveis nesta fase dos tratamentos. A apresentação da sessão encontra-se em documento próprio sob formato de powerpoint (Apêndice XXI).

Estiveram presentes cinco doentes e respetivos familiares e sete profissionais de saúde.

No sentido de avaliar o grau de satisfação desta sessão por parte dos cinco doentes foi concebido um questionário de satisfação previamente validado pelo Prof.º Óscar Ferreira (Apêndice XXII) e realizada a análise do mesmo (Apêndice XXIII). Neste questionário constavam questões quanto à pertinência do tema, do esclarecimento realizado e à utilidade da sessão.

Todos os doentes consideraram que a pertinência do tema foi muito interessante, sendo esta uma temática vivenciada por eles. Quanto ao esclarecimento da sessão esta foi avaliada como esclarecedora - dois doentes (40%) e como muito esclarecedora – três doentes (60%). No que concerne à sua utilidade um doente avaliou a sessão como muito útil e quatro como extremamente útil. Por fim, deram sugestões de outros temas que deveriam ser abordados pela equipa de enfermagem, tais como: introdução de produtos dietéticos, repetir sessões com esta natureza e a entrega na primeira sessão de quimioterapia de uma lista de hábitos alimentares a adotar durante os tratamentos. Em relação a estas sugestões, temos distribuído suplementos alimentares gratuitos. Sendo uma instituição de carácter privado essa distribuição depende da aquisição de amostras, no entanto estamos a trabalhar

arduamente para que isto possa ser mudado. Foi elaborado um guia de alimentação que descreverei adiante e, que fazia parte dos meus objetivos com este projeto.

Eu e a minha orientadora achámos pertinente proceder à avaliação de risco nutricional dos doentes presentes, através da MUST. Foi entregue uma folha e pedido aos doentes os seguintes dados: altura, peso atual e peso há 6 meses (Apêndice XXIV). Segundo a MUST o doente pode ser avaliado como baixo, médio ou alto risco de desnutrição. Foram avaliados três doentes com médio risco, um com baixo e um com alto risco de desnutrição, o qual já se encontrava em consulta de nutrição. Quanto aos doentes avaliados como médio risco, foram aplicadas as intervenções de enfermagem preconizadas pela instrução de trabalho realizada, isto é, reforço de ensinamentos sobre alimentação e elaboração de um plano de cuidados ajustados a cada um deles.

Acredito que esta sessão tenha ido ao encontro das expectativas dos doentes, uma vez que todos referiram que esta poderia ser repetida mais vezes.

De forma a espelhar o percurso desenvolvido até à data através dos conhecimentos adquiridos nos outros campos de estágio e da pesquisa de literatura, nomeadamente no Guia Heal Well: A Cancer Nutrition Guide (2013) e de autores como, Lavdaniti (2014) entre outros, elaborei um guia da alimentação para a pessoa submetida a quimioterapia com o título COMO.COME (Apêndice XXV). Este guia é entregue aos doentes na consulta de enfermagem de primeira vez e pretende-se com o mesmo, que o doente possa ter em suporte de papel alguns conselhos de forma a minimizar os efeitos secundários decorrentes do seu tratamento que interferem com a alimentação. Assim, indo ao encontro de Orem, recorrendo ao sistema de enfermagem de suporte educativo, pretende-se que seja o doente a executar e a regular o desenvolvimento da atividade do autocuidado. O enfermeiro assume-se como um parceiro, que orienta e dirige, fornece apoio e ensina (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Davidson et al (2012) a adoção de estratégias alimentares tendem a minimizar os sintomas induzidos pela quimioterapia, sendo o objetivo deste guia de alimentação em que são apresentados alguns conselhos úteis referentes à confeção, acondicionamento e higienização dos alimentos; sugestões alimentares, quais os alimentos que deve privilegiar e/ou evitar para os seguintes sintomas: náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, disgeusia, xerostomia, diarreia e vômitos, bem

como receitas culinárias. Estas receitas estão presentes num livro, “Receitas deliciosas para doentes oncológicos em tratamento”, da coleção ATTitude, e uma pelo *Chef* que realizou a atividade de showcooking pelo que foi efetuado um pedido de autorização da minha parte aos mesmos (Apêndice XXVI) de forma a poder incluí-las no guia, tendo obtido uma resposta positiva por parte de ambos.

No sentido de envolver os doentes do hospital de dia de hemato-oncologia do hospital C neste projeto, solicitei a alguns deles e seus familiares para escreverem algumas receitas culinárias que utilizam quando se encontram a realizar quimioterapia. Assim foram envolvidos seis doentes que escreveram várias receitas para o efeito. Tendo compilado as mesmas em documento próprio que intitulei de “Receitas Deliciosas” (Apêndice XXVII). Estas fichas de receitas tiveram como objetivo a partilha de experiências entre doentes, para que através delas outros doentes possam aprender a minimizar o impacto dos efeitos secundários induzidos pela quimioterapia no que concerne à alimentação. A compilação encontra-se na sala de trabalho do hospital de dia, tendo os doentes acesso à mesma.

No decorrer do estágio foram realizados 40 esclarecimento individualizados aos doentes/ famílias submetidos a quimioterapia. Estes esclarecimentos incidiram na apresentação dos efeitos secundários da quimioterapia mais comuns relacionados com a alimentação e adotar hábitos alimentares de forma a minimizar o impacto destes sintomas na qualidade de vida. Os esclarecimentos foram realizados a 22 homens e 18 mulheres, correspondendo a 55% e 45% da amostra, respetivamente. A maioria dos doentes encontrava-se acima dos 65 anos de idade, num total de 18 doentes, correspondendo a 45% da amostra, o mais novo com 31 anos e o mais velho com 89 anos. Quanto ao tipo de tumor, o tumor do pulmão foi a neoplasia mais comum com 10 doentes, correspondendo a 40% do total da amostra (Apêndice XXVIII).

Estes esclarecimentos tiveram como objetivo ajudar o doente a ter presente quais os potenciais efeitos secundários induzidos pela quimioterapia a nível do aparelho gastrointestinal e, consequentemente podem interferir na sua alimentação, indo ao encontro de Okten & Beduk (2017), que referem que estes esclarecimentos são extremamente importantes e devem ser iniciados antes e durante o tratamento de quimioterapia.

A implementação deste projeto conduziu a uma melhoria dos cuidados prestados à pessoa submetida a quimioterapia, no que concerne à alimentação. A

diminuição da ingestão alimentar pode condicionar a realização dos tratamentos e tem um impacto muito grande na qualidade de vida dos doentes. São vários os efeitos secundários induzidos pela quimioterapia diretamente relacionados com a alimentação. Embora, com os avanços tecnológicos e conhecimentos baseados na evidência significativa, a medicação é uma aliada na redução de alguns sintomas, nomeadamente nas náuseas e nos vómitos, no entanto, embora amenizados ainda é recorrente a verificação de sintomatologia por parte dos doentes.

Este projeto promoveu um maior conhecimento por parte da equipa de enfermagem sobre a temática, no sentido do reconhecimento dos eventuais efeitos secundários a nível do aparelho gastrointestinal induzidos pela quimioterapia e com impacto na alimentação do doente, podendo-lhe causar repercussões a nível da qualidade de vida durante o decorrer dos tratamentos. Desta forma, a equipa de enfermagem encontra-se mais apta para fornecer estratégias alimentares quando sintomas como a anorexia, as náuseas, os vómitos, a mucosite, a disgeusia, a diarreia e a obstipação estão presentes.

Com a aplicação e monitorização da MUST, a equipa de enfermagem tem presente qual o risco de desnutrição do doente e, de acordo com o risco detetado realiza as intervenções de enfermagem preconizadas pela instrução de trabalho e, se necessário encaminha o doente para a consulta de nutrição.

Relativamente aos doentes, o guia da alimentação é um alicerce para estes, uma vez que quando experienciam algum dos sintomas que possa interferir com a sua alimentação detêm o conhecimento dos alimentos a privilegiar e/ou evitar de forma a minimizar esses sintomas.

Atualmente o número de telefonemas correspondentes a dúvidas sobre a alimentação reduziu drasticamente, não tendo forma de medir, mas posso afirmar que em parte, esta redução se deve ao facto do guia ser entregue logo no início dos tratamentos antecipando estas dúvidas.

É de realçar que o facto de este campo de estágio ser uma instituição de carácter privado, as consultas de nutrição acarretam custos ao doente e, muitos deles evitam a sua ida. Desta forma, uma equipa de enfermagem munida de conhecimentos sobre a alimentação e avaliação de risco nutricional torna-se uma mais valia para o doente submetido a quimioterapia.

Com este objetivo geral, que correspondeu à implementação do projeto foi necessário mobilizar as competências comuns ao enfermeiro especialista (OE, 2010), nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), da melhoria da qualidade (concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro) e no domínio da gestão de cuidados. Também foram mobilizadas competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011) no âmbito do cuidar de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; identificar as necessidades das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal; promover intervenções junto das mesmas envolvendo os seus familiares para a otimização dos resultados na satisfação das suas necessidades e estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Foram ainda desenvolvidas as seguintes competências de enfermeiro especialista em oncologia preconizadas pela EONS (2013): avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro, informação e comunicação à pessoa com doença oncológica, pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica, trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro e fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências.

Por último, foram adquiridas as competências de Mestre em Enfermagem estipuladas no Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março.

3. AVALIAÇÃO

Ao longo deste percurso, por vezes conturbado, os contextos de estágio permitiram uma enorme aprendizagem, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, não só pelos conhecimentos adquiridos tendo em vista a minha temática em estudo, a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia, bem como as práticas exercidas em cada contexto. Experimentar novas realidades, partilhar saberes são algo muito importantes na profissão de enfermagem, em que está implícito o cuidar e, segundo Hesbeen (2000)

“(...) para ir ao encontro de um doente, para agir na sua situação (...) os enfermeiros vão ter de ir buscar a um vasto campo de conhecimentos, os elementos ou os ingredientes, que lhes vão permitir praticar a sua arte, criar cuidados. O vasto campo de conhecimentos inclui tanto elementos tirados da sua observação como dados científicos, teorias diversas ou modelos, bem como ensinamentos tirados das suas experiências pessoais anteriores, tanto profissionais como privadas.” (p. 106).

No sentido de desenvolver este projeto, iniciei uma pesquisa bibliográfica exaustiva sobre a temática em estudo.

Para a implementação do projeto de intervenção no meu local de trabalho, recorreu-se à aprendizagem através da observação das práticas realizadas noutros contextos, pelo que desenvolvi atividades em três locais de estágio diferentes.

Os locais de estágio escolhidos foram semelhantes ao meu contexto profissional, hospital de dia hemato-oncológico, pelo que realizei dois estágios em hospital de dia de oncologia e um estágio em hospital de dia de hematologia.

Foram delineados objetivos gerais e específicos, atividades a desenvolver e os respetivos indicadores de avaliação. Delineei dois objetivos gerais para estes três locais de estágio.

O primeiro objetivo geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que apresenta incapacidade para se alimentar relacionada com sintomas induzidos pelo tratamento, sendo que este foi transversal aos três estágios, bem como os seus objetivos específicos.

O segundo objetivo geral: Desenvolver competências para a elaboração de protocolos de atuação sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia, que foi transversal aos estágios II e III, assim como os objetivos específicos.

No estágio I, procedeu-se à realização de entrevistas no sentido de colocar em prática um guião de entrevista elaborado previamente ao estágio sobre os sintomas que estão diretamente relacionados com a alimentação induzidos pela quimioterapia. De acordo com a pesquisa bibliográfica que realizei, os sintomas mais frequentes são as náuseas, os vômitos, a anorexia, a mucosite, a disgeusia, a diarreia e a obstipação.

Nos estágios II e III procedeu-se à verificação da checklist que apenas contemplava a ocorrência ou não de determinado sintoma.

No estágio II o meu percurso incidiu essencialmente na consulta de enfermagem, no sentido de identificar as intervenções de enfermagem relacionadas com a alimentação, que passam por aconselhamento alimentar, no que concerne à segurança e confeção dos alimentos. É também nesta consulta de enfermagem que se aplica uma escala de avaliação de risco nutricional, a MUST.

No estágio III, com os conhecimentos adquiridos previamente apliquei a MUST na folha própria, preconizada por este serviço, aconselhei vários doentes sobre estratégias alimentares e procedi à colaboração com o dietista na realização de consultas de dietética para doentes oncológicos. Esta última atividade foi de uma enorme riqueza de conhecimentos e de experiências, demonstrando que o trabalho em equipa é essencial nos cuidados de saúde.

Para além destas atividades que considero mais relevantes para a minha temática em estudo realço a minha presença, disponibilidade e comunicação para com os doentes. Desde cedo que estabeleci uma relação terapêutica com os doentes e seus familiares. É extremamente importante refletir sobre este tema, a comunicação uma vez que me apercebi que muitas vezes a equipa de enfermagem não consegue comunicar de forma terapêutica com os doentes e, quando o faz é sempre de uma forma rápida, dado o excesso de trabalho.

O doente oncológico, sendo um doente crónico apresenta vulnerabilidades, muitas das quais podem ser colmatadas com uma escuta ativa e uma relação terapêutica. Ao refletir sobre este tema e, transpondo para o exercício da minha prática profissional concluo, que por vezes, eu também não tenho a disponibilidade que

gostaria de ter para exercer uma comunicação terapêutica, no entanto tento cada vez mais torná-la efetiva e eficiente.

No estágio IV, desenvolvido no meu local de trabalho e que correspondeu ao momento da implementação do projeto, defini como objetivo geral: promover a alimentação da pessoa submetida a quimioterapia de forma a minimizar o impacto dos sintomas na qualidade/ quantidade dos nutrientes ingeridos. Com as realidades observadas anteriormente procedi à implementação da avaliação de risco nutricional, a MUST, construindo uma folha própria para o seu preenchimento, bem como a respetiva instrução de trabalho. Elaborei um guia de alimentação para distribuir aos doentes, onde abordo os sintomas mais frequentes relacionados com a alimentação e enumero alimentos a privilegiar e/ou evitar quando determinado sintoma está presente.

Ao longo de todos os estágios, em especial no estágio IV, desenvolvi um papel de educador para com os doentes e seus familiares, no sentido de os aconselhar/ ensinar sobre estratégias alimentares a adotar para minimizar os efeitos gastrointestinais induzidos pela quimioterapia, “todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 3).

Neste capítulo, apenas abordo as atividades realizadas mais importantes.

Considero que as intervenções de enfermagem para a promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia passam por identificar os sintomas mais frequentes, realizar aconselhamento sobre alimentos a privilegiar, consoante a preferência da pessoa e, por outro lado, alimentos a evitar de forma a minimizar o impacto destes sintomas e aplicar escalas de avaliação de risco nutricional, monitorizá-las e dar o correto encaminhamento, nomeadamente para uma consulta de nutrição, se necessário.

Como pontos fortes para a concretização deste projeto e o percurso desenvolvido realço a disponibilidade de toda a equipa de enfermagem dos diferentes locais de estágio, nomeadamente no meu contexto profissional, uma vez que foram imprescindíveis para o seu desenvolvimento, implementação e continuidade do mesmo. Os doentes também o foram, ou não fossem eles o elemento fulcral da equipa de saúde e a razão de ser e existir da nossa profissão. Estes desempenharam um papel fundamental para a conclusão deste projeto, não só pela aprendizagem que

obtive com os mesmos nos outros locais de estágio mas sobretudo, os meus doentes tornaram-se um grande alicerce incentivando-me e colaborando comigo para a implementação do mesmo.

Relativamente aos pontos fracos, destaco a escassez temporal, devido a fatores pessoais e profissionais e a dificuldade na realização da revisão scoping foi um aspeto bastante perturbador, apesar de não ter afetado o resultado final.

Este projeto contribuiu para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na alimentação à pessoa submetida a quimioterapia, pelas intervenções de enfermagem que possibilitou na promoção do autocuidado desta necessidade humana. A equipa de enfermagem encontra-se mais desperta para sintomas gastrointestinais induzidos pela quimioterapia, bem como os fármacos antineoplásicos mais potenciadores de causar esses efeitos e possui um conhecimento mais alargado das estratégias alimentares para os minimizar, aconselhando os doentes e seus familiares sobre as mesmas. Por outro lado, a aplicação da MUST e a sua monitorização possibilita à equipa avaliar os doentes quanto ao seu risco nutricional e intervir junto dos mesmos, de acordo com as ações preconizadas. Em última instância encaminhar o doente para uma consulta de nutrição.

De acordo com o percurso, por mim elaborado considero que desenvolvi e adquiri competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica – vertente Oncológica e de Mestre.

CONCLUSÃO

Dando espaço à pluralidade do que é um doente com cancro e às especificidades intrínsecas da sua condição, compreendemos hoje que a abordagem multidisciplinar e o acompanhamento em tempo útil por equipas dedicadas e capacitadas é essencial para uma fluidez de processos, num caminho crónico onde temos como principal objetivo que nenhum doente esteja só.

Assim torna-se imprescindível a aquisição de novos saberes e de competências para dar resposta às necessidades do doente oncológico e a sua família e para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

O relatório permite espelhar o percurso de aprendizagem vivido e refletido durante o período de estágio, constitui-se como ferramenta dinâmica que dá visibilidade ao trabalho concretizado e, mediante o desenvolvimento de um pensamento critico-reflexivo das atividades desenvolvidas no contexto da prática, apresenta-se como guia orientador das competências desenvolvidas (Ruivo & Ferrito, 2010).

Os estágios afirmaram-se como momentos de formação e reflexão na prática, na medida em que constituem um veículo para a aquisição e desenvolvimento de competências ao enfermeiro especialista.

O desenvolvimento profissional e pessoal assim como o desenvolvimento de competências nos diversos contextos de estágio tiveram por base a revisão da literatura efetuada, o pensamento reflexivo e o estabelecimento de relações de trabalho enriquecedoras com as equipas, com o objetivo de compilar saberes, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas.

Ao longo do percurso desenvolvido, os locais de estágio e as possibilidades dadas pelos enfermeiros orientadores, para além de permitirem o desenvolvimento de competências, deram-me a oportunidade de refletir sobre outras práticas e dinâmicas, transportando as melhores para a minha própria prática profissional e contexto de trabalho.

Os objetivos propostos para este projeto foram atingidos, realçando o contributo de todos os intervenientes, profissionais de saúde, doentes e seus familiares.

Com a sua implementação foi alcançado o objetivo maior: capacitar o doente oncológico submetido a quimioterapia a identificar e selecionar os alimentos que

melhor se adequam à sua situação clínica de forma a minimizar o impacto dos tratamentos na qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos.

As perspetivas futuras, enquanto enfermeira, relacionam-se com dar continuidade ao projeto envolvendo a nutricionista que apoia os nossos doentes, uma vez que na construção e implementação deste esta não se encontrava com disponibilidade. Desejo realizar sessões de shwocooking semelhantes à que realizei e, escrever um artigo científico com a avaliação de MUST efetuada aos nossos doentes, onde evidencie os benefícios da realização de uma avaliação de risco nutricional ao doente oncológico submetido a quimioterapia bem como apresentar o meu trabalho no XXII Congresso da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP).

Atualmente, na consulta de enfermagem primeira vez é fornecido o guia de alimentação e é efetuada a MUST, sendo monitorizada conforme preconizada pela instrução de trabalho.

Acredito que se a MUST estivesse parametrizada no nosso sistema informático eventuais falhas que possam surgir na sua monitorização não acontecerão, pelo que espero e vou esforçar-me para que esta parametrização ocorra o mais breve possível.

É importante e necessário que os enfermeiros não se acomodem. A identificação de problemas e a sua mudança para a resolução dos mesmos deve ser uma constante e “para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 21).

Desta forma e, tendo em conta as competências de enfermeira especialista que desenvolvi posiciono-me como enfermeira perita em enfermagem oncológica, segundo Benner,

a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar ao estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita (...) compreende, de maneira intuitiva, cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (...) ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global (2001, p.58).

Por último importa relevar que a implementação deste projeto e a realização deste relatório permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre tendo contribuído para a minha aprendizagem e desenvolvimento enquanto pessoa, cidadã e enfermeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amir, E., Seruga, B., Martinez-Lopes, J., Kwong, R., Pandiella, A., Tannock, I. & Ocana, A. (2011). Oncogenic Targets, Magnitude of Benefit and Market Pricing of Antineoplastic Drugs. *Journal of Clinical Oncology*. 29(18), 2543-2549.
- Andrade, M.I.C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*. VI(21), 27-31.
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Fearon, K., Hutterer, ... Preiser, J.C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 36, 11-48.
- Bach, R. (1984). A ponte para o Sempre: um romance de amor. Frases e Pensamentos. Disponível em:
https://www.pensador.com/a_ponte_para_o_sempre_richard_bach/
- Bender, A., Boerner, L., Bratton, S., Iannotta, J. & McGinley-Gieser, D. (2013). *Healthy Eating and Activity for Living, HEAL Well, A Cancer Nutrition Guide*. Washington, DC: American Institute for Cancer Research (AICR); Livestrong Foundation & Savor Health.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Cabete, D. (2007). Avaliação da construção de um portefólio de competências: avaliação do processo e dos resultados. *Percursos*. 2(4), 4-22.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação Para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação – Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Lusociência: Loures.
- Carvalho, G., Camilo, M. & Ravasco, P. (2011). Qual a Relevância da Nutrição em Oncologia?. *Acta Médica Portuguesa*. 24(4), 1041-1050.

- Clark, O., Fanti, L., Donato, B., Amaral, L., Santinho, C. & Bernardino, G. (2013). Valor clínico das terapias biológicas em oncologia: mensuração de desfechos para avaliação de benefícios. *J Bras Econ Saúde*. 5(1), 29-37.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade de Vida: A Quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Sintra: Novartis.
- Davidson, W., Teleni, L., Muller, J., Ferguson, M., McCarthy, A., Vick, Jo. & Isenring, E. (2012). Malnutrition and Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Implications for Practice. *Oncology Nursing Society*. (39(4), 340-345.
- Davies, M. (2005). Nutritional screening and assessment in cancer-associated malnutrition. *European Journal Oncology Nursing*. 9, 64-74.
- Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Diário da República Eletrónico (09/04/2017) 1-36.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- European Oncology Nursing Society (EONS). (2013). *Cancer Nursing Curriculum*. Brussels: European Oncology Nursing Society.
- European Society for Medical Oncology. (2017). *ESMO Pocket Guidelines – Supportive Care*: ESMO.
- European Society for Medical Oncology. (2018). *ESMO Pocket Guidelines – Supportive Care*: ESMO.
- Ferreira, N., Scarpa, A. & Silva, D`A. (2008). Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa. *Rev. Electr. Enf.* 10(4), 1026-34.
- Disponível em: <http://fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a14.htm>.

- Ferrusi, L., Leighl, N., Kulin, N. & Marshall, D. (2011). Do Economic Evaluations of Targeted Therapy Provide Support for Decision Makers? *Am J Mang Care*. 17(5), 61-70.
- Garrido, A., Simões, J. & Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem, Perspetivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Gonçalves, M. & Capelas, M. (2016). Anorexia-Caquexia, Nutrição e Qualidade de Vida no Doente com Cancro em Cuidados Paliativos. *Onco.News*. IX(32), 8-16.
- Gupta, D., Vashi, P.G., Lammersfeld, C.A. & Braun, D.P. (2011). Role of nutritional status in predicting the length of stay in cancer: a systematic review of the epidemiological literature. *Ann Nutr Metab*. 59(2-4), 96-106.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar No Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Lusociência: Loures.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2017). *ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer* (3.^a ed.). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Causas de Morte 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Lavdaniti, M. (2014). A nursing perspective of nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy. *Progress in Health Sciences*. 4(2), 131-134.
- Leesternhuis, W., Haanen, J. & Punt, C. (2011). Cancer immunotherapy – revisited. *Nature Reviews Drug Discovery*. 10(8), 591-600.
- Mardas, M., Madry, R. & Mardas, M. (2016). Dietary intake variability in the cycle of cytotoxic chemotherapy. *Support Care Cancer*. 24, 2619-2625.

- Mollaoglu, M., Erdogan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 18, 78-84.
- Okten, C. & Beduk, C. (2017). The problems faced by outpatients after gastrointestinal cancer chemotherapy and the methods they use to cope with these problems. *Nurs Pract Today*. 4(3), 125-133.
- Oncology Nurses Society. (2017). Acedido a 23/07/2017. Disponível em:
<https://www.ons.org/content/baldwin-anorexia-dyspnea-fatigue-oral-nutrition-2012>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ªed.). Missouri: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina SA.
- Polovich, M., Olsen, M. & LeFebvre, K. (2016). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and recommendations for practice*. (Fourth Edition). United States of America: Oncology Nursing Society.
- Ruivo, A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15(1), 2-37.
- Silva, D. & Hahn, G. (2012). Processo de Trabalho em Oncologia e a Equipa Multidisciplinar. *Caderno Pedagógico, Lajeado*. 9(2), 125-137.
- The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (2016). *"MUST" – Português*. Worcester: BAPEN. Disponível em:
<http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-portugues>

- Tomé, C.B., Grillo, I.M., Camilo, M. & Ravasco, P. (2012). Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in cancer. *British Journal of Nutrition*. 108, 343-348.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tong, H., Isenring, E. & Yates, P. (2009). The prevalence of nutrition impact symptoms and their relationship to quality of life and clinical outcomes in medical oncology patients. *Supportive Care in Cancer*. 17, 83-90.
- Xará, S., Amaral, T.F. & Parente, B. (2011). Undernutrition and quality of life in non small cell lung cancer patients. *Rev Port Pneumol*. 17(4), 153-158.

APÊNDICES

Apêndice I: Revisão Scoping

Promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia: a scoping review

➤ Background

A incidência das doenças neoplásicas continua a aumentar de forma regular ao longo dos últimos anos (Direção Geral da Saúde, DGS, 2017).

Embora os avanços científicos e tecnológicos para o tratamento do cancro a quimioterapia ainda é a terapêutica farmacológica mais usada para o efeito. No entanto, esta é causadora de inúmeros efeitos secundários, uma vez que atua a nível sistémico e não localizado, sobretudo sintomas a nível do aparelho gastrointestinal, tais como: náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, disgeusia, diarreia e obstipação, com consequente impacto na alimentação dos doentes.

Dependendo dos fármacos antineoplásicos utilizados ou da combinação entre eles, o doente pode experienciar determinados efeitos secundários.

A alimentação e o estado nutricional do doente sob quimioterapia pode condicionar a continuação dos tratamentos e tem bastante impacto na qualidade de vida deste (Carvalho, Camilo & Ravasco, 2011).

Sendo que o enfermeiro, é o profissional de saúde com maior contacto e proximidade com o doente (Davies, 2005) torna-se pertinente averiguar quais as intervenções de enfermagem que promovem a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia de forma a minimizar o impacto dos efeitos secundários no doente sob este tratamento.

Desta forma, optou-se por realizar uma revisão scoping sobre esta temática.

De acordo com Arksey e O'Malley (2005) uma revisão scoping tem com finalidade mapear a literatura disponível relativamente a uma temática em estudo.

A elaboração desta revisão scoping foi sustentada no procedimento metodológico proposto por Joanna Briggs Institute.

➤ **Questão**

A pesquisa teve como ponto de partida a seguinte questão: Quais as intervenções de enfermagem que promovem a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia?

Esta questão foi formulada segundo a mnemónica PCC (**P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto), que se encontra descrita na Tabela 1.

P (população)	Pessoa submetida a quimioterapia Enfermeiros
C (conceito)	Intervenções de enfermagem na promoção da alimentação
C (Contexto)	Ambulatório/ Hospital de Dia

Tabela 1 – Esquematização da questão de pesquisa

➤ **Objetivo**

Esta revisão scoping foi elaborada com o objetivo identificar, analisar e mapear as intervenções de enfermagem que promovem a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.

➤ **CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão**

De modo a adquirir toda a evidência disponível acerca da temática em estudo e para dar resposta à questão colocada foram definidos critérios de inclusão e exclusão otimizando a pesquisa realizada, que se encontram descritos na Tabela 2.

Critérios de Seleção		
População ou Participantes	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
	Adultos submetidos a quimioterapia com idade superior a 18 anos	Pessoa submetida a quimioterapia com idade inferior a 18 anos
Conceito	Intervenções de enfermagem na promoção da alimentação	Documentos sem referência a intervenções de enfermagem na promoção da alimentação
Contexto	Ambulatório Hospital de Dia	Outros Serviços
Data de Publicação	De janeiro de 2007 a dezembro de 2017	Anterior a janeiro de 2007
Idioma de Publicação	Português, inglês ou espanhol	Documentos com outro idioma
Disponibilidade dos Textos	Full texto	Ausência de full texto

Tabela 2 – Critérios de seleção para a pesquisa

➤ Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi efetuada através da plataforma eletrónica *EBSCOhost Integrated Search* recorrendo às seguintes bases de dados CINAHL e MEDLINE.

A primeira fase consistiu na pesquisa nas referentes bases de dados, utilizando as palavras-chave construídas a partir da linguagem natural referentes à temática. As palavras-chave de acordo com a temática são: doente oncológico, intervenções de enfermagem, alimentação e quimioterapia. Os termos naturais usados para a pesquisa foram: *oncological patient, nursing interventions, eating, feeding e chemotherapy*. A partir da análise desta pesquisa, recorrendo aos títulos e resumos dos artigos encontrados, permitiu-me desenvolver novas palavras importantes e termos indexados.

Na base de dados CINAHL *Plus with Full Text* foram utilizados os seguintes descritores: *nursing interventivos, nursing care, diet, diet antineoplastic, eating, food,*

nutrition, public health nutrition, chemotherapy cancer, chemotherapy adjuvant, neoadjuvant therapy, antineoplastic agents, antineoplastic agents alkylant, antineoplastic agents combined e cancer patients e feeding como linguagem natural.

Na base de dados MEDLINE with Full Text foram utilizados os seguintes descritores: nurse´s role, nursing care, oncology nursing, education nursing, diet, food, eating, drug therapy, drug therapy combination, antineoplastic agents e antineoplastic combined chemotherapy protocols. Também foram utilizadas como palavras naturais: nursing interventions, nutrition, feeding, oncological patient e cancer patient.

Em ambas as bases de dados, os descritores são operacionalizados através das expressões booleanas AND e OR, construindo os códigos de pesquisa que se encontram descritos nas tabelas 3 e 4, respetivamente.

Todos os termos indexados são anteceditos de “MM” (Major concept), de “MH” (Exploded concept) ou por ambos.

- Base de dados da CINAHL

Código	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	(MH “Nursing Interventions”	7,355
S2	(MH “Nursing Care”)	21,069
S3	S1 or S2	28,190
S4	(MH “Diet”) or (MH “Diet, Antineoplastic)	48,526
S5	(MH “Eating”)	5,581
S6	(MH “Food”)	12,435
S7	(MH “Nutrition” or (MH “Public Health Nutrition”)	24,219
S8	“feeding”	43,130
S9	S4 or S5 or S6 or S7 or S8	121,620
S10	S3 and S9	468
S11	(MH “Chemotherapy, Cancer) or (MH “Chemotherapy, Adjuvant”) or (MH “Neoadjuvant Therapy”)	28,692

S12	(MH “Antineoplastic Agents) or (MH “Antineoplastic Agents, Alkylating”) or (MH “Antineoplastic Agents, Combined”)	57,184
S13	S11 or S12	79,072
S14	S10 and S13	5
S15	S9 and S13	682
S16	S10 and S13	227
S17	(MH “Cancer Patients”)	29,161
S18	S15 and S17	100

Tabela 3 – Pesquisa efetuada na CINAHL

- Base de dados MEDLINE

Nesta base de dados foram utilizados os termos em linguagem natural e termos indexados através da opção *Medical Subject Headings* (MeSH). Sendo descrito na Tabela 4.

Pesquisa	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	(MH “Nurse’s Role”)	39,402
S2	(MH “Nursing Care”)	29,012
S3	(MH “Oncology Nursing”)	7,567
S4	(MH “Education, Nursing”)	31,694
S5	“nursing interventions”	4171
S6	S1 or S2 or S3 or S4 or S5	105,774
S7	(MH “Diet”)	148,411
S8	(MH “Food”)	31,271
S9	(MH “Eating”)	50,222
S10	“nutrition”	380,166
S11	“feeding”	273,742
S12	S7 or S8 or S9 or S10 or S11	747,290
S13	S6 and S12	2,170
S14	“oncological patient”	108

S15	"cancer patient"	10,701
S16	S14 or S15	10,805
S17	S13 and S16	7
S18	S6 and S16	125
S19	S12 and S16	372
S20	(MH "Drug Therapy") or (MH "Drug Therapy, Combination")	188,891
S21	(MH "Antineoplastic Agents") or (MH "Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols")	377,331
S22	S20 or S21	556,749
S23	S17 and S22	0
S24	S13 and S22	30

Tabela 4 – Pesquisa efetuada na *MEDLINE*

Extração dos Dados

Foram encontrados 130 artigos, que sujeitos a filtros, conforme os critérios de inclusão definidos e de acordo com a temática em estudo apenas serão descritos, nesta revisão, três artigos.

Título (Autores e Ano)	Objetivo Metodologia	Resultados	Conclusões Implicações para a Enfermagem
<p>- Malnutrition and Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Implications for Practice</p> <p>(Davidson, W., Teleni, L., Muller, J., Ferguson, M., McCarthy, A., Vick, J. & Isering, E., 2012)</p>	<p>- Determinar a prevalência de desnutrição por náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia limitando a ingestão alimentar, numa unidade de ambulatório de quimioterapia Australiana.</p> <p>- Estudo descritivo transversal.</p> <p>Numa amostra de 121 doentes em quimioterapia com idade superior a 18 anos que foram sujeitos a uma avaliação nutricional com a escala PG-SGA.</p>	<p>31 dos doentes inquiridos encontravam-se desnutridos correspondente a 26% da amostra, 12 doentes (10%) apresentaram náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia com limitação na ingestão alimentar, 22 doentes (20%) relataram perda significativa de peso e 20 doentes (18%) necessitaram de maior controlo sintomático relacionado com a ingestão alimentar.</p>	<p>- A administração de quimioterapia pode resultar em toxicidades gastrointestinais, que por sua vez afetam o estado nutricional dos doentes, náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, anorexia, disgeusia, dor, obstipação e diarreia são sintomas frequentemente experienciados pelos doentes;</p> <p>- A prática baseada na evidência recomenda que as intervenções dietéticas tendem a minimizar os sintomas induzidos pela quimioterapia;</p> <p>- Os enfermeiros em contexto de ambulatório (hospitais de dia) têm um contacto mais próximo e mais frequente com o doente oncológico, permitindo-lhes monitorizar o risco nutricional dos mesmos e devem utilizar ferramentas de avaliação de risco nutricional como o MST (Malnutrition Screening Tool) para o efeito</p>

Título (Autores e Ano)	Objetivo Metodologia	Resultados	Conclusões Implicações para a Enfermagem
<p>Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa</p> <p>(Ferreira, N., Scarpa, A. & Silva, D`A. 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as alterações nutricionais apresentadas por doentes oncológicos em tratamento com quimioterapia; - Estudo descritivo e exploratório de natureza quantitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - A amostra foi de 13 doentes adultos a realizarem tratamento de quimioterapia com os seguintes fármacos: 5FU, Ciclofosfamida, Paclitaxel, Carboplatina, Doxorubicina, Vinorelbina, Cisplatina, Docetaxel, Fludarabina, Gemcitabina, Irinotecano, Metotrexato e vincristina. Todos estes fármacos apresentaram como efeitos secundários náuseas, vômitos e anorexia. - Os doentes foram avaliados quanto ao índice de massa corporal e questionados sobre a sua percepção relativamente à diminuição ou não da ingestão alimentar, em que 46,1% dos doentes teve essa percepção e 38,4% não relataram terem percebido nenhuma alteração na ingestão alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os doentes apresentaram sintomas como: náuseas, anorexia, fadiga, disgeusia, alterações do olfato em relação à comida, obstipação, sensação de saciedade precoce, xerostomia, mucosite e dificuldade na deglutição como efeitos secundários da quimioterapia o que levou a alterações na ingestão alimentar; - A avaliação nutricional revelou que muitos doentes reduziram a ingestão alimentar e apresentaram preferência por uma alimentação líquida e mais macia. - Para que a enfermagem possa ajudar os doentes e seus familiares sob quimioterapia relativamente a aspetos nutricionais é extremamente importante o conhecimento sobre fatores que interferem na ingestão e metabolismo dos alimentos e instrumentos para a avaliação nutricional dos doentes.

Título (Autores e Ano)	Objetivo Metodologia	Resultados	Conclusões Implicações para a Enfermagem
<p>The problems faced by outpatients after gastrointestinal cancer chemotherapy and methods they use to cope with these problems.</p> <p>(Okten, C. & Beduk, T., 2017)</p>	<p>Explorar os problemas que os doentes com cancro gastrointestinal se deparam após a realização de quimioterapia e as formas que utilizam para lidar com esses problemas.</p> <p>Estudo transversal conduzido em 2 hospitais de Ancara, na Turquia com 88 participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Durante o tratamento as enfermeiras informaram os doentes sobre os efeitos secundários da quimioterapia e forneceram folhetos educativos que continham informações gerais sobre a quimioterapia, os seus efeitos secundários e formas de lidar com os mesmos. - Os efeitos secundários experienciados pelos doentes incluem: náuseas, vômitos, mal-estar, fadiga, febre, alopecia, mucosite, anorexia, disgeusia, diarreia e obstipação. - Os métodos mais adotados pelos doentes de forma a minimizar esses efeitos secundários foram: toma de antieméticos, descanso, higiene oral e adequando a alimentação de acordo com os efeitos secundários (ingestão de damascos secos ou ameixas, ou sumos, e de alimentos proteicos isentos de gordura e com baixo teor de fibra). - Os doentes descrevem que estratégias alimentares utilizam para cada sintoma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Este estudo revela que os doentes ao apresentarem sintomas do aparelho gastrointestinal induzidos pela quimioterapia conseguem utilizar estratégias para lidar com esses efeitos, nomeadamente estratégias alimentares, incluindo ou excluindo alimentos na sua alimentação; - Programas educacionais individualizados devem ser iniciados sobre os efeitos adversos da quimioterapia e estratégias para lidar com os mesmos antes e durante o tratamento; - Todos os doentes devem receber folhetos educativos e devem ser transmitidas informações verbais sobre os mesmos.

Análise e Discussão dos Resultados

De acordo com os artigos selecionados, em todos se salienta que a administração de quimioterapia pode induzir efeitos secundários, nomeadamente a nível gastrointestinal: náuseas e vômitos, anorexia, disgeusia, mucosite, diarreia e obstipação são sintomas frequentemente experienciados pelos doentes, com consequente impacto na alimentação e nutrição dos mesmos.

A equipa de enfermagem deve ter conhecimento de quais os efeitos adversos de determinado protocolo de quimioterapia, devendo informá-los ao doente e esclarecer as suas dúvidas. Para além disso deve fornecer folhetos educacionais sobre os potenciais sintomas induzidos pela quimioterapia com as possíveis estratégias alimentares a adotar de forma a minimizar o impacto desses sintomas e, consequentemente melhorar a qualidade de vida do doente.

Os enfermeiros assumem um papel preponderante na utilização e monitorização de escalas de avaliação de risco nutricional, uma vez que são a classe profissional com maior contacto e proximidade enquanto o doente oncológico se encontra em tratamento de quimioterapia.

Conclusões

Com a revisão scoping efetuada podemos afirmar que as intervenções de enfermagem na promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia passam por esclarecer e fornecer informações sobre os efeitos secundários do tratamento e as estratégias alimentares a adotar de forma a minimizar o impacto desses sintomas, bem como a utilização e monitorização de escalas de avaliação de risco nutricional.

Considerando que apenas foram encontrados três artigos decidi alargar a pesquisa a outras bases de dados da plataforma EBSCO, assim como livros e teses de mestrado no âmbito da temática.

Bibliografia

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 8, 19-32.
- Carvalho, G., Camilo, M. & Ravasco, P. (2011). Qual a Relevância da Nutrição em Oncologia?. *Acta Médica Portuguesa*. 24(4), 1041-1050.
- Davies, M. (2005). Nutritional screening and assessment in cancer-associated malnutrition. *European Journal Oncology Nursing*. 9, 64-74.

Apêndice II: Análise SWOT

Análise SWOT

Forças (Strenghts)

- Chefia de Enfermagem/ Direção de Enfermagem / Direção Clínica;
- Disponibilidade das Equipas de Oncologia para encontrar serviços diferenciadores;

Fraquezas (Weaknesses)

- Definir protocolos de alimentação para o doente submetido a quimioterapia (cada pessoa é única);

Oportunidades (Opportunities)

- Envolvimento da Equipa Multidisciplinar;
 - Maior satisfação dos doentes;
- Transversalidade de boas práticas nas Unidades do Grupo;
- Acreditação pela Joint Comission International (obrigatoriedade de avaliação de risco nutricional).

Ameaças (Threats)

- Indefinição do limite onde termina a intervenção de enfermagem e inicia a intervenção do nutricionista/ dietista

Apêndice III: Plano de Atividades dos Estágios

<p align="center">Campo de Estágio: Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A</p> <p align="center">Duração: 25 de setembro a 6 de outubro de 2017</p>				
Objetivo 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que apresenta incapacidade para se alimentar relacionada com sintomas induzidos pelo tratamento				
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Indicadores de Avaliação
1 – Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço;	1.1 - Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem; 1.2 - Reuniões informais com a equipa de enfermagem; 1.3 - Consulta de normas e protocolos existentes no serviço.	<u>Humanos:</u> - Orientadora de estágio; - Equipa de Enfermagem; <u>Materiais:</u> - Normas, procedimentos e protocolos do serviço relacionadas com a alimentação;	Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): <u>A – Responsabilidade profissional, ética e legal:</u> A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <u>B – Melhoria da qualidade:</u> B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. <u>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</u> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade. .	- Expõe projeto de estágio à equipa de enfermagem; - Apresentação de um texto escrito sobre a caracterização do serviço; - Apresentação de listagem das normas e protocolos no serviço relacionadas com a alimentação;
2 – Identificar os fármacos antineoplásicos com impacto na necessidade de comer e beber;	2.1 - Revisão bibliográfica sobre quimioterapia e protocolos de quimioterapia; 2.2 – Relacionar os sintomas que os doentes apresentam ou apresentaram induzidos pela quimioterapia e que influenciam a capacidade de se alimentar adequadamente.	<u>Materiais:</u> - Bibliografia pertinente sobre protocolos de quimioterapia; - Processo clínico do doente;	Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa: L.6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.	- Elaboração por escrito de um documento com a identificação dos fármacos antineoplásicos vs sintomas que interferem com a capacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar de forma adequada.
3 – Validar os sintomas que estão diretamente relacionados com a incapacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar adequadamente;	3.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados; 3.2 – Validar junto dos doentes quais os sintomas que apresentam ou apresentaram relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente; 3.3 – Revisão bibliográfica sobre sintomas induzidos pela quimioterapia que estão diretamente relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente; 3.4 – Elaboração de um guião de entrevista sobre os principais sintomas que os doentes apresentam ou apresentaram induzidos pela quimioterapia que estão diretamente relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente.	<u>Humanos:</u> - Doentes; - Orientadora de estágio; - Equipa de enfermagem; <u>Materiais:</u> - Bibliografia pertinente sobre sintomas induzidos pela quimioterapia relacionados com a alimentação;	Competências de Mestre: a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;	- Apresentação de resultados da validação do guião de entrevista.

Campo de Estágio: Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A Duração: 9 de outubro a 3 de novembro de 2017 (104 horas)				
Objetivo 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que apresenta incapacidade para se alimentar relacionada com sintomas induzidos pelo tratamento				
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências	Indicadores de Avaliação
1 – Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço;	1.1 - Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem; 1.2 - Reuniões informais com a equipa de enfermagem; 1.3 - Consulta de normas e protocolos existentes no serviço.	<u>Humanos:</u> - Orientadora de estágio; - Equipa de Enfermagem; <u>Materiais:</u> - Normas, procedimentos e protocolos do serviço relacionadas com a alimentação;	Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): <u>A – Responsabilidade profissional, ética e legal:</u> A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <u>B – Melhoria da qualidade:</u> B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. <u>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</u> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.	- Expõe projeto de estágio à equipa de enfermagem; - Apresentação de um texto escrito sobre a caracterização do serviço; - Apresentação de listagem das normas e protocolos no serviço relacionadas com a alimentação;
3 – Validar os sintomas que estão diretamente relacionados com a incapacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar adequadamente;	3.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados; 3.2 – Validar junto dos doentes quais os sintomas que apresentam ou apresentaram relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente; 3.3 – Elaboração de uma <i>checklist</i> sobre os principais sintomas que os doentes apresentam ou apresentaram induzidos pela quimioterapia que estão diretamente relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente.	<u>Humanos:</u> - Doentes; - Orientadora de estágio; - Equipa de enfermagem; <u>Materiais:</u> - Bibliografia pertinente sobre sintomas induzidos pela quimioterapia relacionados com a alimentação;	Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE): L.5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade. L.6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Competências de Mestre: b) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde.	- Apresentação de resultados da validação do <i>checklist</i> .
Objetivo 2: Desenvolver competências para a elaboração de protocolos de atuação sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia.				
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Indicadores de Avaliação
4 – Identificar as intervenções de enfermagem sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que promovem esta necessidade;	4.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados; 4.2 – Assistir a consultas de enfermagem; 4.3 – Consultar protocolos/ normas existentes no serviço sobre a problemática.	<u>Humanos:</u> - Orientadora de estágio; - Equipa de enfermagem; - Doentes; <u>Materiais:</u> - Documentos/ protocolos existentes no serviço.	Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): <u>A – Responsabilidade profissional, ética e legal:</u> A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <u>B – Melhoria da qualidade:</u> B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. <u>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</u> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	- Assistir a pelo menos 5 consultas de enfermagem; - Caracterização da consulta de enfermagem em documento próprio;

5 – Identificar os ensinamentos realizados pela nutricionista/ dietista à pessoa submetida a quimioterapia;	<p>5.1 – Assistir a consultas de nutrição/ dietética aos doentes submetidos a quimioterapia;</p> <p>5.2 – Validar junto da nutricionista/ dietista que alimentos se deve privilegiar/ evitar atendendo aos sintomas que interferem na alimentação adequada da pessoa submetida a quimioterapia.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutricionista ou dietista; - Doentes; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia pertinente sobre a temática; 	<p>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE):</p> <p>L.5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade.</p> <p>L.6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.</p>	<p>- Assistir a pelo menos 3 consultas da nutricionista/ dietista;</p> <p>- Enumerar pelo menos 3 alimentos que se deve privilegiar/ evitar de acordo com cada sintoma que interfere na alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.</p>
6 – Identificar Escalas de Avaliação de Risco Nutricional utilizadas na pessoa submetida a quimioterapia;	<p>6.1 – Realizar pesquisa bibliográfica sobre escalas de avaliação de risco nutricional em doentes oncológicos;</p> <p>6.2 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados;</p> <p>6.3 – Observar na prática quais as escalas de avaliação de risco nutricional utilizadas no serviço;</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientadora de estágio; - Equipa de enfermagem; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia sobre escalas de avaliação de risco nutricional; - Normas/ protocolos existentes no serviço sobre a temática. 	<p>Competências do enfermeiro especialista em oncologia (EONS):</p> <p>1 – Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro;</p> <p>2 – Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica;</p> <p>3 – A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica;</p> <p>4 – Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro;</p> <p>5 – Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente.</p>	<p>- Elaboração de um documento escrito com revisão de literatura sobre escalas de avaliação de risco nutricional no doente oncológico identificando vantagens e desvantagens de cada uma delas.</p>
7 – Aplicar escalas de avaliação de risco nutricional na pessoa submetida a quimioterapia	<p>7.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados;</p> <p>7.2 – Entrevistar os doentes de forma a aplicar escalas de avaliação de risco nutricional.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientadora de estágio; - Equipa de enfermagem; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo clínico do doente; - Normas e protocolos existentes no serviço sobre escalas de avaliação de risco nutricional em doentes oncológicos 	<p>Competências de Mestre:</p> <p>a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde. ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; <p>b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;</p> <p>c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.</p>	<p>- Caracterização como se aplica a escala de avaliação nutricional neste serviço;</p>

Campo de Estágio: Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B Duração: 6 de novembro a 15 de dezembro de 2017				
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que apresenta incapacidade para se alimentar relacionada com sintomas induzidos pelo tratamento				
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências	Indicadores de Avaliação
1 – Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço;	1.1 - Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem; 1.2 - Reuniões informais com a equipa de enfermagem; 1.3 - Consulta de normas e protocolos existentes no serviço.	<u>Humanos:</u> - Orientadora de estágio; - Equipa de Enfermagem; <u>Materiais:</u> - Normas, procedimentos e protocolos do serviço relacionadas com a alimentação;	Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): <u>A – Responsabilidade profissional, ética e legal:</u> A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <u>B – Melhoria da qualidade:</u> B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. <u>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</u> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;	- Expõe projeto de estágio à equipa de enfermagem; - Apresentação de um texto escrito sobre a caracterização do serviço; - Apresentação de listagem das normas e protocolos no serviço relacionadas com a alimentação;
3 – Validar os sintomas que estão diretamente relacionados com a incapacidade da pessoa submetida a quimioterapia se alimentar adequadamente;	3.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados; 3.2 – Validar junto dos doentes quais os sintomas que apresentam ou apresentaram relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente;	<u>Humanos:</u> - Doentes; - Orientadora de estágio; - Equipa de enfermagem; <u>Materiais:</u> - Bibliografia pertinente sobre sintomas induzidos pela quimioterapia relacionados com a alimentação;	Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE): L.5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade. L.6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Competências de Mestre: c) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde.	- Apresentação de resultados da validação da <i>checklist</i> .
Objetivo Geral 2: Desenvolver competências para a elaboração de protocolos de atuação sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia				
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Indicadores de Avaliação
4 – Identificar as intervenções de enfermagem sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia que promovem esta necessidade;	4.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados; 4.2 – Assistir a consultas de enfermagem; 4.3 – Consultar protocolos/ normas existentes no serviço sobre a problemática.	<u>Humanos:</u> - Orientadora de estágio; - Equipa de enfermagem; - Doentes; <u>Materiais:</u> - Documentos/ protocolos existentes no serviço.	Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): <u>A – Responsabilidade profissional, ética e legal:</u> A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <u>B – Melhoria da qualidade:</u> B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. <u>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</u> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	- Assistir a pelo menos 10 consultas de enfermagem - Realização de um jornal de aprendizagem com recurso ao Ciclo de Gibbs

5 – Identificar os ensinamentos realizados pela nutricionista/ dietista à pessoa submetida a quimioterapia;	5.1 – Assistir a consultas de nutrição/ dietética aos doentes submetidos a quimioterapia; 5.2 – Validar junto da nutricionista/ dietista que alimentos se deve privilegiar/ evitar atendendo aos sintomas que interferem na alimentação adequada da pessoa submetida a quimioterapia.	<u>Humanos:</u> - Nutricionista ou dietista; - Doentes; <u>Materiais:</u> - Bibliografia pertinente sobre a temática;	Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE): L.5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade. L.6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Competências do enfermeiro especialista em oncologia (EONS): 1 – Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2 – Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica; 3 – A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica; 4 – Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro; 5 – Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente. Competências de Mestre: a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde. ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.	- Assistir a pelo menos 3 consultas da nutricionista/ dietista; - Enumerar pelo menos 3 alimentos que se deve privilegiar/ evitar de acordo com cada sintoma que interfere na alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.
7 – Aplicar escalas de avaliação de risco nutricional na pessoa submetida a quimioterapia	7.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados; 7.2 – Entrevistar os doentes de forma a aplicar escalas de avaliação de risco nutricional.	<u>Humanos:</u> - Orientadora de Estágio; - Equipa de Enfermagem; <u>Materiais:</u> - Processo clínico do doente; - Normas e protocolos existentes no serviço sobre escalas de avaliação de risco nutricional em doentes oncológicos		- Elaboração de uma reflexão sobre como decorreu a aplicação das escalas indicando aspetos positivos/ negativos e sugestões;

Campo de Estágio: Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C Duração: 3 de janeiro a 9 de fevereiro de 2018 (144 horas)				
Objetivo Geral 3: Promover a alimentação da pessoa submetida a quimioterapia de forma a minimizar o impacto dos sintomas na qualidade/quantidade dos nutrientes ingeridos				
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências	Indicadores de Avaliação
8 – Envolver a Equipa Multidisciplinar;	8.1 – Dar a conhecer o projeto à equipa multidisciplinar; 8.2 – Reuniões informais com a equipa de enfermagem, chefia de enfermagem, diretor de enfermagem, médicos do serviço e nutricionista; 8.3 – Implementar protocolos de atuação sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.	<u>Humanos:</u> - Orientadora de estágio; - Equipa de Enfermagem; - Chefia de enfermagem; - Diretor de enfermagem; - Médicos; - Nutricionista; <u>Materiais:</u> - Suporte Papel;	Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): <u>A – Responsabilidade profissional, ética e legal:</u> A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <u>B – Melhoria da qualidade:</u> B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade; B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. <u>C – Gestão dos cuidados</u> C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. <u>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</u> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	- Expõe projeto de estágio à equipa multidisciplinar; - Elaboração de protocolo/ instrução de trabalho sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia;
9 – Capacitar a equipa de enfermagem para a promoção da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia;	9.1 – Realizar sessões de formação e sensibilização à equipa de enfermagem sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia;	<u>Humanos:</u> - Equipa de Enfermagem; <u>Materiais:</u> - Computador; - Suporte papel;	Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE): L.5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade. L.6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.	- Abrangência de 100% da equipa de enfermagem nas sessões de formação e sensibilização;
10 – Capacitar a pessoa submetida a quimioterapia para a promoção da sua alimentação.	10.1 – Realizar um guia de alimentação para a pessoa submetida a quimioterapia; 10.2 – Compilar fichas de receitas escritas pelos doentes sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia; 10.3 – Realizar sessões de esclarecimento individualizadas aos doentes/ famílias submetidos a quimioterapia sobre a alimentação.	<u>Humanos:</u> - Doentes/ famílias submetidos a quimioterapia; <u>Materiais:</u> - Computador; - Suporte papel;	Competências do enfermeiro especialista em oncologia (EONS): 1 – Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2 – Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica; 3 – A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica; 4 – Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro; 5 – Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente. Competências de Mestre: a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao	- Realização e entrega do guia de alimentação para a pessoa submetida a quimioterapia; - Envolver pelo menos 5 doentes/ famílias na elaboração das fichas de receitas para a pessoa submetida a quimioterapia; - Realização de sessões de esclarecimento individualizadas a pelo menos 30 doentes/ famílias.

			<p>nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde.</p> <p>ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;</p> <p>b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;</p> <p>c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem</p> <p>d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;</p> <p>e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da via, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.</p>	
--	--	--	--	--

Apêndice IV: Cronograma das Atividades

Estágio I – Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A

Mês	Set	Out
	23 a 27	30 a 03
Semana		
Atividade		
1.1 - Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem;		
1.2 - Reuniões informais com a equipa de enfermagem;		
1.3 - Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;		
2.1 - Revisão bibliográfica sobre quimioterapia e protocolos de quimioterapia;		
2.2 - Relacionar sintomas que os doentes apresentam ou apresentaram induzidos pela quimioterapia e que influenciam a capacidade de se alimentar adequadamente;		
3.1 - Acompanhar um perito na prestação de cuidados;		
3.2 - Validar junto dos doentes quais são os sintomas que apresentam ou apresentaram relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente;		
3.3 - Revisão bibliográfica sobre sintomas induzidos pela quimioterapia que estão diretamente relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente;		
3.4 - Elaboração de um guião de entrevista sobre os principais sintomas que os doentes apresentam ou apresentaram induzidos pela quimioterapia que estão diretamente relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente;		

Legenda:

Realizado:

Estágio II – Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A

Mês Semana Atividade	Outubro / Nov			
	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 03
1.1 - Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem;				
1.2 - Reuniões informais com a equipa de enfermagem;				
1.3 - Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;				
3.1 - Acompanhar um perito na prestação de cuidados;				
3.2 - Validar junto dos doentes quais são os sintomas que apresentam ou apresentaram relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente;				
3.4- Elaboração de uma <i>checklist</i> sobre os principais sintomas que os doentes apresentam ou apresentaram induzidos pela quimioterapia que estão diretamente relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente;				
4.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados;				
4.2 - Assistir a consultas de enfermagem;				
4.3 – Consultar protocolos/ normas existentes no serviço sobre a problemática;				
5.1 - Assistir a consultas de nutricionista/ dietista aos doentes submetidos a quimioterapia;				
5.2 - Validar junto da nutricionista/ dietista que alimentos se deve privilegiar/ evitar atendendo aos sintomas que interferem na alimentação adequada da pessoa submetida a quimioterapia;				
6.1 - Realizar pesquisa bibliográfica sobre escalas de avaliação de risco nutricional em doentes oncológicos;				
6.2 - Acompanhar um perito na prestação de cuidados;				
6.3 - Observar na prática quais as escalas de avaliação de risco nutricional utilizadas no serviço;				
7.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados;				
7.2 - Entrevistar os doentes em tratamento para aplicar as escalas e avaliar o risco nutricional;				

Legenda:

Planeado e não realizado



Realizado:



Realizado não planeado:



Estágio III – Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B

Mês	Novembro				Dez.	
	06	13	20	27	04	11
	a	a	a	a	a	a
Semana	10	17	24	01	08	15
Atividade						
1.1 - Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem;						
1.2 - Reuniões informais com a equipa de enfermagem;						
1.3 - Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;						
3.1 - Acompanhar um perito na prestação de cuidados;						
3.2 - Validar junto dos doentes quais são os sintomas que apresentam ou apresentaram relacionados com a incapacidade de se alimentarem adequadamente						
4.1 - Acompanhar um perito na prestação de cuidados;						
4.2 - Assistir a consultas de enfermagem;						
4.3 – Consultar protocolos/ normas existentes no serviço sobre a problemática;						
5.1 - Assistir a consultas de nutricionista/ dietista aos doentes submetidos a quimioterapia;						
5.2 - Validar junto da nutricionista/ dietista que alimentos se deve privilegiar/ evitar atendendo aos sintomas que interferem na alimentação adequada da pessoa submetida a quimioterapia;						
7.1 – Acompanhar um perito na prestação de cuidados;						
7.2 - Entrevistar os doentes em tratamento para aplicar as escalas e avaliar o risco nutricional;						

Legenda:

Realizado:



Realizado não planeado:



Estágio IV – Hospital de Dia de Hemato Oncologia do Hospital C

Mês Semana Atividade	Janeiro				Fev	
	01	08	15	22	29	05
	a 05	a 12	a 19	a 26	a 02	a 09
8.1 - Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem;						
8.2 - Reuniões informais com a chefia de enfermagem/ direção de enfermagem/ direção clínica/ nutricionista;						
8.3 - Implementar protocolos de atuação sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia;						
9.1 - Realizar sessões de formação e sensibilização à equipa de enfermagem sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia;						
10.1 - Realizar um guia de alimentação para a pessoa submetida a quimioterapia para a promoção da sua alimentação;						
10.2 - Compilar fichas de receitas escritas pelos doentes sobre a alimentação na pessoa submetida a quimioterapia;						
10.3 - Realizar sessões de esclarecimento individualizadas aos doentes e suas famílias submetidos a quimioterapia sobre a alimentação.						

Legenda:

Realizado:



Apêndice V: Guião de Entrevista

– Sintomas Induzidos pela Quimioterapia –

Guião de Entrevista – Sintomas Induzidos pela Quimioterapia

Entrevista nº: _____

Esta entrevista destina-se à recolha de dados para a criação de uma *checklist* sobre principais sintomas induzidos pela quimioterapia que se encontram diretamente relacionados com a incapacidade da pessoa se alimentar adequadamente. Este instrumento insere-se no Projeto “Intervenções de Enfermagem na Promoção da Alimentação à Pessoa Submetida a Quimioterapia”, no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Oncológica.

Protocolo de Quimioterapia a que foi submetido:

Após cada tratamento de quimioterapia apresentou alguns destes sintomas?

1. Náuseas

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando se iniciaram as náuseas?

Com que frequência?

Que estratégias utilizou para reduzir as náuseas:

A nível alimentar?

Terapêutica?

Outras? Quais?

2. Vômitos

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando se iniciaram os vômitos?

Com que frequência?

Que estratégias utilizou para reduzir os vômitos?

A nível alimentar?

Terapêutica?

Outras? Quais?

3. Anorexia/ Perda de Appetite

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando iniciou a perda de appetite?

Que estratégias utilizou para aumentar o apetite?

A nível alimentar?

Terapêutica?

Outras? Quais?

4. Mucosite/ Aftas

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando iniciaram as aftas?

Que estratégias utilizou para minimizar o desconforto provocado pelas aftas?

A nível alimentar?

Terapêutica?

Outras? Quais?

5. Disgeusia/ Alteração do Paladar?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando iniciou a alteração do paladar?

Que estratégias utilizou para minimizar alterações do paladar?

A nível alimentar?

Terapêutica?

Outras? Quais?

6. Diarreia?

Sim ☐ Não ☐

Quando iniciou a diarreia?

Com que frequência?

Que estratégias utilizou para debelar a diarreia?

A nível alimentar?

Tarapêutica?

Outras? Quais?

7. Obstipação

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando iniciou a obstipação?

Que estratégias utilizou para resolver a obstipação?

A nível alimentar?

Terapêutica?

Outras? Quais?

8. Outros sintomas apresentados:

Que estratégias utilizou para cada um desses sintomas?

A nível alimentar?

Terapêutica?

Outras? Quais?

Apêndice VI: Caracterização do Hospital de Dia de Oncologia
do Hospital A

Caracterização do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A

O Serviço de Oncologia Médica do Hospital A situa-se no piso 3 ao qual dá acesso o elevador 14 e divide-se em dois setores, um destinado aos gabinetes médicos (seis) onde se processam as consultas de oncologia médica e outro destinado à administração da terapêutica oncológica – Hospital de Dia de Oncologia (HDO). Neste Serviço existe um balcão de administrativos que dá apoio a ambos os setores.

O Hospital de Dia de Oncologia, com horário de funcionamento das 8h00 às 20h00 de segunda a sexta-feira, acolhe doentes para realização de quimioterapia endovenosa e hormonoterapia (subcutânea e intramuscular). Relativamente a doentes submetidos a quimioterapia oral, esta terapêutica é disponibilizada na farmácia hospitalar, exceto comprimidos de capecitabina que são disponibilizados no HDO. Os tratamentos de quimioterapia intravesical são realizados no Serviço de Urologia.

Os doentes que recorrem ao hospital de dia de oncologia, são referenciados de todo o país, desde que entrou em vigor o despacho nº 5911-B/2016, de 3 de Maio, que delibera a Livre Escolha e Circulação de Doentes. Em conjunto com o médico de família o utente pode optar por qualquer unidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, independentemente desta ser ou não a unidade hospitalar de acordo com a área da sua residência. A referência destes doentes é efetuada pelo médico de família à consulta de especialidade, ou seja, consulta de oncologia.

As principais patologias oncológicas tratadas no HDO são referentes a: aparelho digestivo, mama, ginecologia, urologia, cabeça e pescoço, ossos e partes moles, pele e sistema nervoso central.

No que concerne a doentes do foro hematológico, o seu seguimento é realizado no Hospital de Dia de Hematologia da mesma instituição. Já em relação a doentes com neoplasias pulmonares estes são acompanhados no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do Hospital A1, que se agrupa no mesmo Centro Hospitalar do Hospital A.

Segundo dados oficiais fornecidos pela Sra. Enf.^a Chefe do Serviço houve um aumento de 2000 tratamentos no ano de 2016 relativamente ao ano anterior. No ano de 2015 foram realizados 13128 tratamentos e em 2016 foram efetuados 15758

tratamentos. Os tratamentos encontram-se divididos por tempo de sessão (15m, 30m, 1h, 2h, 3h, 4h, 5h, 6h e 8 horas).

Este hospital de dia é constituído por: sala de triagem, gabinete da enfermeira chefe, sala de enfermagem/ sala de preparação, sala de tratamentos e sala de urgências, gabinete do médico de urgência e outras salas de apoio ao bom funcionamento do serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por 15 elementos, incluindo a enfermeira chefe. Define-se como turno da manhã entrada às 8h00 e saída às 15h00/ 16h00, de acordo com o horário correspondente 35h ou 40h semanais. O turno da tarde inicia-se às 12h00/ 13h00, de acordo com o horário referido anteriormente e a saída é às 20h00. No turno da manhã estão escalados geralmente oito enfermeiros (incluindo a enfermeira chefe, que por vezes apoia a triagem) e no turno da tarde estão escalados três enfermeiros, no entanto existe um elemento da manhã que prolonga até às 18h00.

A distribuição da equipa de enfermagem é realizada pelos seguintes setores que constituem o serviço: triagem, sala de preparação e sala de tratamentos.

Para a realização de tratamento de quimioterapia todos os doentes têm que passar pela triagem onde confirmam a sua presença.

Na triagem, que funciona até às 15h00, encontra-se uma enfermeira escalada e o segundo elemento da equipa de enfermagem dá apoio (por este posto podem passar cerca de 100 doentes num dia). Os enfermeiros escalados neste setor têm várias funções:

- ✓ confirmar a presença do doente a nível do sistema informático;
- ✓ observar/ validar análises pré-tratamento (se o tratamento estiver pendente de análises);
- ✓ agendar tratamentos, quer seja no próprio dia ou não (o doente sai da consulta médica com indicação de realização de tratamento e é encaminhado para a triagem);
- ✓ confirmar os tratamentos para a farmácia.

No dia anterior é realizada uma lista dos tratamentos para o dia seguinte. Esta lista e as prescrições dos protocolos de quimioterapia e/ou outra terapêutica são enviadas para a farmácia hospitalar, via fax.

Relativamente às análises do doente, o enfermeiro observa as mesmas e, de acordo com os valores de hemograma protocolados (nomeadamente valores de

hemoglobina, plaquetas e neutrófilos) o doente fará ou não tratamento. Se os valores estiverem dentro dos parâmetros protocolados o enfermeiro valida com a farmácia o pedido do tratamento. Por outro lado, se os valores das análises não corresponderem aos valores protocolados o processo do doente (processo em papel/ não informático) é encaminhado para o médico de urgência.

Cabe ao enfermeiro escalado na triagem questionar se o doente apresenta sintomatologia relevante que possa impedir a realização do tratamento. Caso assim se verifique o enfermeiro deve encaminhar o doente para ser observado pelo médico de urgência.

O médico de urgência dá apoio a todos os doentes seguidos no Serviço de Oncologia, no horário de funcionamento do HDO.

Na sala de enfermagem/ sala de preparação encontra-se escalado um enfermeiro e, é nesta sala que é preparada toda a pré-medicação que complementa o protocolo de quimioterapia instituído e/ou outras terapêuticas necessárias a administrar, bem como são recebidos os tratamentos de quimioterapia vindos da farmácia.

Constatei que em relação à pré medicação e aos soros utilizados, estes são preparados logo no início do turno por toda a equipa de enfermagem. Embora não seja o mais correto, uma vez que estes devem ser preparados mais próximos do momento da sua administração, no entanto dado o número de tratamentos diários que decorrem, é uma forma de agilizar todo o processo.

Quando os citostáticos chegam da farmácia estes são colocados em tabuleiros individuais com a respetiva pré medicação e protocolo de quimioterapia e são colocados na sala de tratamentos.

Quando o tabuleiro do respetivo doente chega à sala de tratamentos o doente é chamado e sentado confortavelmente no cadeirão que lhe foi atribuído e inicia o seu tratamento, após validação da identificação positiva com o mesmo. Todos os doentes em tratamento podem permanecer acompanhados por uma pessoa significativa.

A sala de tratamentos é constituída por dezanove cadeirões com respetivas bombas infusoras para a administração de quimioterapia endovenosa e uma sala denominada sala de urgências, podendo esta acolher em simultâneo três doentes em maca e dois em cadeirão. Para além das urgências, esta sala é destinada para a realização de heparinização de catéteres venosos centrais totalmente implantados

(designados vulgarmente como catéteres de implantofix®), outras terapêuticas associadas ao tratamento do doente oncológico (tratamentos endovenosos, subcutâneos ou intramusculares, ex: bifosfonatos, hormonoterapia) ou doentes que tenham que realizar terapêutica e/ou análises após terem sido observados pelo médico de urgência por qualquer sintomatologia, quer seja em cadeirão ou em maca. Bem como doentes que necessitam de estar em maca para a realização de quimioterapia ou enquanto aguardam pela consulta médica.

Para a administração de todos estes tratamentos são escalados quatro enfermeiros, utilizando-se o método individual de trabalho, ou seja, os enfermeiros são divididos por cadeirão/doente. Esta distribuição é realizada da seguinte forma: cadeirões 1 a 5, 6 a 12, 13 a 19 e um enfermeiro para a sala de urgências. Obviamente que se interajudam entre si.

Todos os registos de enfermagem são realizados em sistema informático na aplicação Glintt, que se baseia na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Todo o Processo de Enfermagem e atividades desenvolvidas pela Equipa de Enfermagem são baseadas no Modelo Teórico de Virgínia Henderson e a Teoria das Necessidades.

A consulta de enfermagem é realizada no dia em que o doente é submetido ao primeiro tratamento de quimioterapia. Geralmente é efetuada no gabinete da enfermeira chefe e prévia ao tratamento.

Nesta consulta, o enfermeiro explica todo o circuito, funcionamento e dinâmica do serviço, bem como fornece informações sobre o tratamento que irá realizar, os seus efeitos secundários e cuidados a ter, esclarecendo dúvidas que possam inquietar os doentes/ família. É entregue o Guia de Acolhimento ao Doente e Família, que mais não é, do que um complemento da informação fornecida na consulta.

Neste Guia de Acolhimento, estão descritos alguns conselhos sobre a alimentação direcionada a alguns efeitos secundários que a quimioterapia possa provocar, nomeadamente, náuseas e vômitos, anorexia, mucosite, diarreia e obstipação.

Relativamente a protocolos do serviço relacionados com a alimentação são inexistentes. Apenas o Guia de Acolhimento faz referência ao tema.

A equipa de enfermagem não realiza avaliação de risco nutricional, no entanto quando se apercebe que os doentes necessitam de apoio da nutricionista, estes são sinalizados e encaminhados para a consulta de nutrição.

A equipa multidisciplinar é constituída, para além de médicos oncologistas e enfermeiros, por assistente social, psicólogo e nutricionista. A assistente social encontra-se em permanência no serviço. Quanto ao psicólogo e à nutricionista, os doentes são sinalizados e referenciados à consulta de ambas as especialidades, quer pela equipa de enfermagem e/ou médica através de um pedido de colaboração das mesmas.

Referências Bibliográficas:

Despacho nº 5911-B/2016. (2016). Estabelece as disposições para a referenciação do utente para a realização da primeira consulta hospitalar em qualquer unidade do Sistema Nacional de Saúde onde exista a especialidade em causa. Diário da República nº 85/2016, 2º Suplemento, Série II (2016-05-03).

Apêndice VII: Tabela de Fármacos Antineoplásicos vs Efeitos
Secundários relacionados com a Alimentação

Tabela de Fármacos Antineoplásicos vs Efeitos Secundários
relacionados com a Alimentação
de acordo com o BC Cancer

Fármaco	Toxicidade
✓ Azacitidina ¹	✓ Náuseas, vômitos, obstipação, mucosite e anorexia.
✓ Bendamustina	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, disgeusia, náuseas, mucosite e vômitos.
✓ Bevacizumab ²	✓ Anorexia, obstipação e diarreia.
✓ Bleomicina	✓ Mucosite, anorexia, náuseas e vômitos.
✓ Bortezomib ¹	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, náuseas, mucosite, disgeusia e vômitos.
✓ Brentuximab ²	✓ Obstipação, diarreia, náuseas, vômitos e anorexia.
✓ Capecitabina ³	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, náuseas, mucosite e vômitos.
✓ Carboplatina	✓ Obstipação, diarreia, náuseas e vômitos.
✓ Cetuximab ²	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, náuseas, mucosite, vômitos e xerostomia.
✓ Ciclofosfamida	✓ Anorexia, diarreia, mucosite, náuseas, vômitos e mucosite.
✓ Cisplatina	✓ Náuseas, vômitos, diarreia, disgeusia e mucosite.
✓ Dacarbazina	✓ Anorexia, diarreia, náuseas, vômitos e mucosite.
✓ Daratumumab ²	✓ Obstipação, diarreia, náuseas, mucosite, vômitos e anorexia.
✓ Docetaxel	✓ Diarreia, náuseas, vômitos e mucosite.
✓ Doxorubicina	✓ Anorexia, diarreia, mucosite, náuseas e vômitos.
✓ Doxorubicina Lipossômica	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, mucosite, náuseas, disgeusia, vômitos e xerostomia.
✓ Epirubicina	✓ Anorexia, diarreia, mucosite, náuseas e vômitos.
✓ Etoposido	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, mucosite, náuseas, vômitos e disgeusia.
✓ Fluorouracilo (5 FU)	✓ Anorexia, diarreia, náuseas, mucosite e vômitos.
✓ Folinato de Cálcio	✓ Mucosite e diarreia em combinação com 5 FU.
✓ Gemcitabina	✓ Obstipação, diarreia, náuseas, vômitos e mucosite.
✓ Ifosfamida	✓ Náuseas e vômitos.
✓ Irinotecano	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, náuseas, mucosite e vômitos.
✓ Metotrexato	✓ Anorexia, diarreia, náuseas, mucosite e vômitos.
✓ Nivolumab ¹	✓ Obstipação, diarreia, náuseas, mucosite, vômitos e anorexia.
✓ Oxaliplatina	✓ Diarreia, mucosite, náuseas e vômitos.
✓ Paclitaxel	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, mucosite, náuseas e vômitos.
✓ Paclitaxel Albumina	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, mucosite, náuseas e vômitos.
✓ Pembrolizumab ²	✓ Obstipação, diarreia, náuseas, vômitos e anorexia.

✓ Pemetrexedo	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, náuseas , mucosite e vômitos .
✓ Pertuzumab ²	✓ Diarreia , disgeusia, mucosite, náuseas, vômitos e anorexia.
✓ Ramucirumab ²	✓ Diarreia e vômitos.
✓ Rituximab ²	✓ Anorexia, diarreia, náuseas e vômitos.
✓ Trastuzumab ^{1,2}	✓ Obstipação, diarreia, náuseas, mucosite e vômitos.
✓ Trastuzumab Emtansina ²	✓ Obstipação, diarreia, náuseas, mucosite e vômitos.
✓ Vimblastina	✓ Anorexia, obstipação, mucosite, náuseas e vômitos.
✓ Vincristina	✓ Obstipação, diarreia e mucosite.
✓ Vinorelbina	✓ Anorexia, obstipação, diarreia, mucosite, náuseas e vômitos.

¹ Terapêutica Subcutânea

² Anticorpos Monoclonais

³ Terapêutica Oral

Os termos: estomatite, inflamação da mucosa oral foram incluídos como mucosite.

Os termos: perda de apetite e apetite diminuído foram incluídos como anorexia.

Os efeitos secundários clinicamente importantes encontram-se a **negrito**.

Webgrafia:

Website consultado: <http://www.bccancer.bc.ca>

Apêndice VIII: Análise das Entrevistas Informais realizadas no
Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A

Análise das Entrevistas Informais
- Sintomas Induzidos pela Quimioterapia -
Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A

Segue-se a tabela representativa quanto à aplicação das entrevistas a 25 doentes.

Entrevista	Protocolo	Sintomas Induzidos pela Quimioterapia							
		1	2	3	4	5	6	7	8 – Outros
1	Irinotecano + Cetuximab	S	S	S	N	N	N	N	Lesões cutâneas
2	Cetuximab + 5 FU (+ folinato de cálcio)	N	N	N	N	N	N	N	Lesões cutâneas
3	Gemcitabina	N	N	S	N	S	N	N	Cansaço
4	Paclitaxel	N	N	S	N	N	N	S	
5	FOLFOX (Oxaliplatina + 5FU + Folinato de Cálcio)	S	N	S	N	S	S	N	Cansaço
6	Docetaxel + Ciclofosfamida	N	N	S	S	N	S	N	Pele seca + onicomicose + mucosa nasal seca.
7	Metotrexato	S	N	N	S	N	S	N	Cansaço
8	Paclitaxel	N	N	N	S	N	N	N	
9	FOLFIRI (Irinotecano + 5 FU + Folinato de Cálcio)	S	N	S	N	S	S	N	
10	Gemcitabina + Cisplatina	N	N	N	N	N	N	N	
11	Docetaxel + Ciclofosfamida	N	N	N	S	N	N	N	
12	Gemcitabina + nabPaclitaxel	S	N	S	N	S	N	N	Cansaço
13	Cisplatina + 5FU (DIB)	S	N	S	N	S	N	N	Alopécia ligeira
14	Paclitaxel	N	N	S	S	S	N	N	Cansaço
15	FOLFIRI (Irinotecano + 5 FU + Folinato de Cálcio)	S	N	S	S	S	N	N	Alopécia ligeira + cansaço
16	FOLFOX (Oxaliplatina + 5FU + Folinato de Cálcio)	S	N	S	N	S	N	N	Cansaço e insónias.
17	Paclitaxel + Carboplatina	N	N	S	N	S	S	S	Cansaço
18	Paclitaxel	N	N	N	N	N	N	N	Alopécia + cansaço psicológico
19	FOLFIRI (Irinotecano + 5 FU + Folinato de Cálcio)	S	N	S	N	S	N	N	Cansaço
20	Paclitaxel (quinzenal)	S	N	N	S	S	S	N	Onicomicose xerostomia + alopecia
21	FOLFOX (Oxaliplatina + 5FU + Folinato de Cálcio)	S	S	N	N	N	N	N	
22	FOLFOX (Oxaliplatina + 5FU + Folinato de Cálcio)	N	N	N	N	N	S	N	Flatulência + rouquidão + neuropatia
23	5 FU + Bevacizumab (+ folinato de cálcio)	N	N	N	N	N	N	N	Cansaço
24	Docetaxel + Ciclofosfamida	S	S	N	S	N	S	N	Alopécia + onicomicose
25	5 FU + Bevacizumab (+ folinato de cálcio)	N	N	S	N	S	N	S	
Total		12	3	14	8	12	8	3	18

Legenda: 1 – Náuseas/ 2 – Vômitos/ 3 – Anorexia/ 4 – Mucosite/ 5 – Disgeusia/ 6 – Diarreia/ Obstipação

Tabela 1 – Protocolo terapêutico vs sintomas induzidos pela quimioterapia

Para analisar estes dados de forma mais perceptível passo à representação gráfica dos mesmos (gráfico 1).

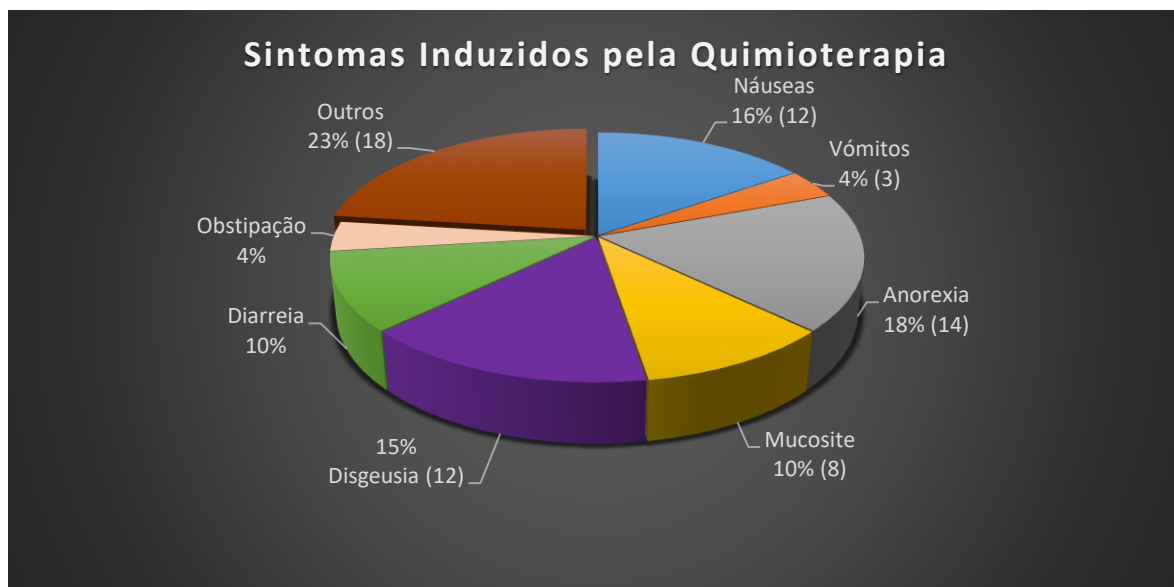


Gráfico 1 – Representação gráfica dos sintomas induzidos pela quimioterapia

Analisando os dados obtidos, através das 25 entrevistas, 18 dos entrevistados apresentaram outros sintomas para além dos relacionados com alterações gastrointestinais, correspondendo a 23%, sendo este o mais representativo. Uma vez que este é um resultando bastante significativo e os “outros” sintomas não estão diretamente relacionados com a alimentação optei por apresentar outro gráfico (gráfico 2) excluindo “outros” sintomas. De qualquer das formas é importante realçar que, para além de sintomas do aparelho gastrointestinal com impacto na alimentação, os doentes submetidos a quimioterapia também apresentam outros sintomas, nomeadamente astenia (cansaço), alopecia, neuropatia e lesões cutâneas (segundo os dados obtidos).

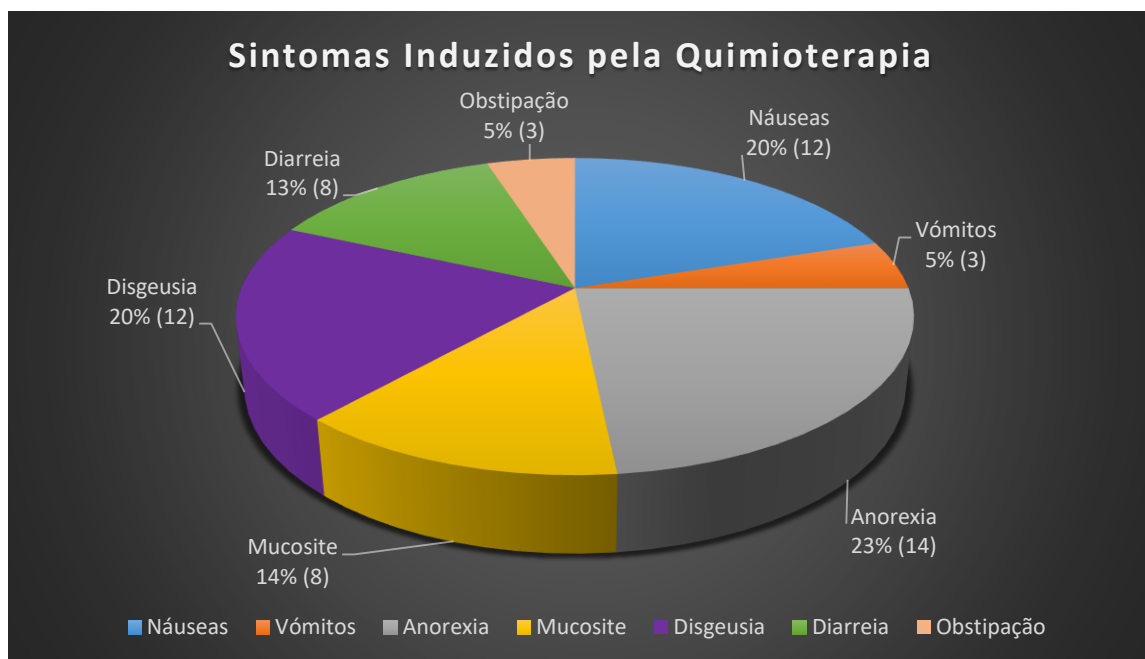


Gráfico 2 – Representação gráfica dos sintomas induzidos pela quimioterapia (excluindo a opção “outros”)

Analisando este novo gráfico (gráfico nº 2) verifica-se que o sintoma mais referido é a anorexia correspondendo a 23%, seguindo-se as náuseas (20%) e a disgeusia (20%), ambos referidos por 12 participantes.

No gráfico seguinte (gráfico nº 3) pode-se encontrar a distribuição de sintomas induzidos pela quimioterapia vs protocolo terapêutico e, constatou-se que o protocolo terapêutico que provocou mais sintomas foi o protocolo FOLFOX e FOLFIRI, verificando-se a presença de cinco sintomas em cada um deles.

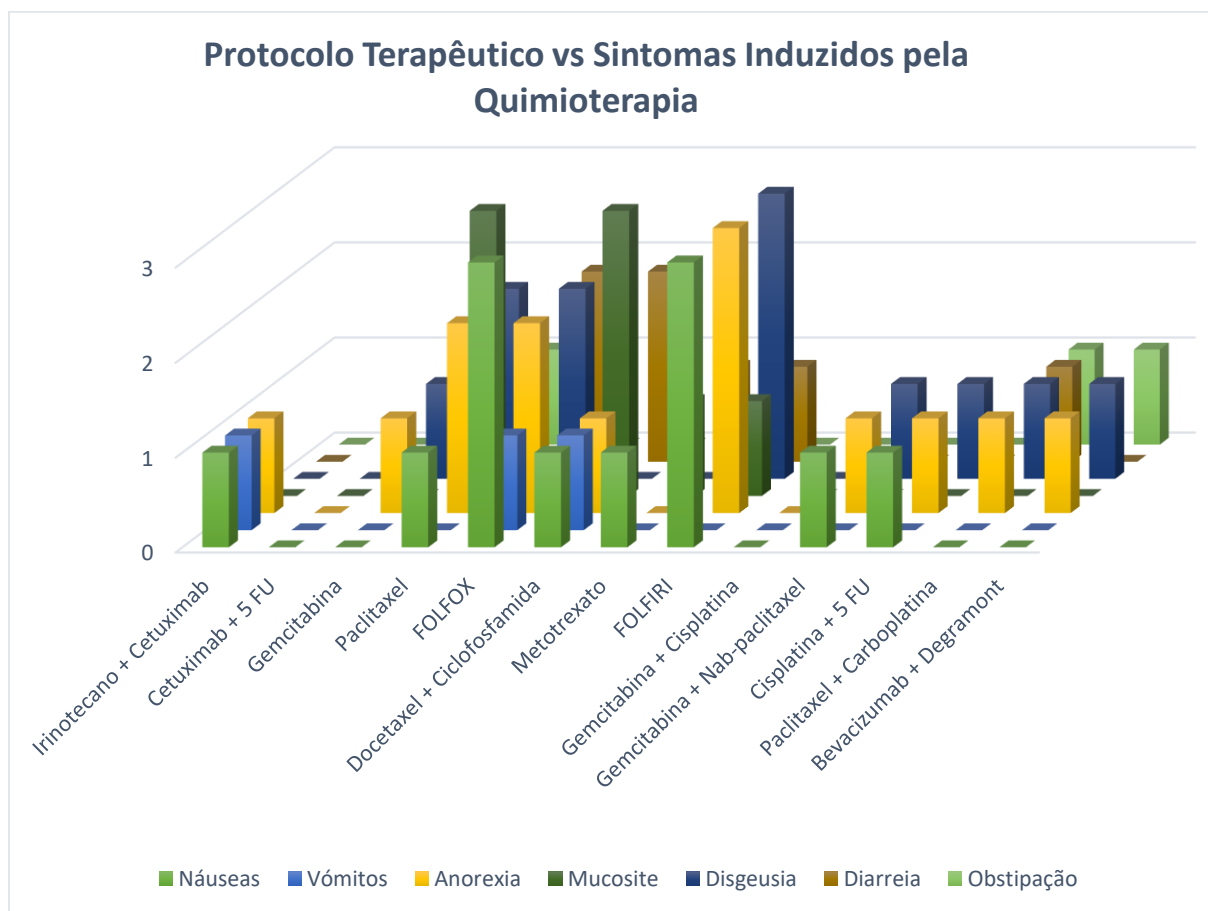


Gráfico 3 – Representação gráfica da distribuição de sintomas induzidos pela quimioterapia vs protocolo terapêutico

Apêndice IX: Caracterização do Hospital de Dia de Hematologia
do Hospital A

Caracterização do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A

O Hospital de Dia de Hematologia (HDH) encontra-se integrado no Centro Ambulatório – Hospitais de Dia. A par deste, também é constituído pelo Hospital de Dia de Imunoalergologia, Reumatologia, Endocrinologia e Medicina/ Nefrologia (IAREM) e Hospital de Dia de Imunohemoterapia, que se encontram sediados no Piso 1, corredor central. Todos estes serviços são chefiados pela mesma Enf^a. Chefe, e constituídos por uma única Equipa de Enfermagem. Esta equipa de enfermagem é rotativa durante um certo período de tempo em cada serviço, embora tenha alguns elementos mais direcionados a cada vertente.

Contudo, a partir de dezembro de 2017, o Hospital de Dia de Imunohemoterapia deixará de estar agregado nos outros dois serviços, pelo que terá uma equipa de enfermagem própria e respetiva chefia.

O Hospital de Dia de Hematologia acolhe doentes do foro hemato-oncológico para a realização de quimioterapia endovenosa e subcutânea, realização de mielogramas e biópsias ósseas (regime ambulatorio como em internamento), consultas de hematologia oncológica e realização de análises em doentes transplantados de medula.

Este serviço funciona de segunda a sexta-feira, exceto feriados, entre as 8h00 e as 20h00.

O HDH é constituído por: três salas de tratamento, quatro gabinetes médicos, gabinete da enfermeira chefe e outras salas de apoio ao bom funcionamento do serviço (copa, desinfeção e sanitários).

As salas de tratamento encontram-se designadas de: sala de tratamentos 1 (St1) onde são realizados os tratamentos de quimioterapia com sete cadeirões para o efeito, sala de tratamentos 2 (St2) onde recebem os doentes transplantados para realização de análises e/ou outro tratamento com 5 cadeirões e sala de tratamentos 3 (St3) onde é realizada a consulta de enfermagem e a realização de mielogramas e biópsias ósseas.

A distribuição da equipa de enfermagem, no hospital de dia, é composta, no período da manhã por quatro enfermeiros e existindo por vezes um quinto elemento de reforço. No períodos da manhã é escalado um enfermeiro para a consulta de enfermagem (que funciona apenas neste horário) e o qual normalmente fica afeto a

essa consulta durante um mês; dois enfermeiros na St1 e um enfermeiro na St2. O turno da manhã compreende o horário das 8h00 às 15h00/ 16h00 (dependendo do horário semanal de cada enfermeiro 35h/40h). Entra um enfermeiro às 12h00 ou 13h00 e que sai às 20h00 e outro enfermeiro que entra às 10h00 e sai às 17h00. A partir desta hora apenas fica escalado um enfermeiro até ao fecho do hospital de dia. Obviamente, que de acordo com as necessidades do serviço a enfermeira chefe coordena o horário da sua equipa.

Os doentes que se encontram a realizar tratamento de quimioterapia neste hospital de dia podem ser provenientes de todo o país, desde que referenciados pelo seu médico de família e, de acordo com o despacho nº 5911-B/2016, de 3 de Maio, que delibera a Livre Escolha e Circulação de Doentes.

As patologias mais frequentes que os doentes submetidos a quimioterapia no HDH apresentam são: leucemias (leucemia linfática crónica B, leucemia linfoblástica aguda e leucemia mielóide aguda) linfoma hodgkin, linfoma não hodgkin-B e mieloma múltiplo.

Antes de qualquer doente iniciar o seu tratamento é realizada uma triagem onde são identificados os sintomas que apresentam e que possam interferir com a realização do tratamento. Tal triagem é realizada no corredor à porta da sala de tratamentos 3. Após esta o enfermeiro dá luz verde à farmácia do hospital para que prepare o tratamento.

No hospital de dia de hematologia, ao contrário do hospital de dia de oncologia, não existe nenhum médico de urgência. Qualquer sintoma que seja detetado pelos enfermeiros é transmitido ao médico assistente, se estiver no serviço. Se for algo grave ou urgente o doente é encaminhado para o serviço de urgência do referido hospital.

Todos os registos de enfermagem são realizados informaticamente na aplicação glintt, que se baseia na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Na sala de tratamentos 1, onde são realizados os tratamentos de quimioterapia, cada doente que entra para fazer tratamento é assumido por um dos enfermeiros o qual fica responsável pelos cuidados e tratamento desse mesmo doente. Toda a pré-medicação do protocolo de quimioterapia é preparada na hora pelo enfermeiro responsável do doente. A sala é bastante pequena, pelo que não é comportável que

permaneça um familiar junto de cada doente. Este familiar pode, no entanto entrar de vez em quando, de acordo a disponibilidade da sala.

O apoio à realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente mielogramas e biópsia ósseas é assumido pelo enfermeiro escalado na St2. No entanto existe uma boa agilização por parte da equipa de enfermagem pelo que, muitas vezes é o enfermeiro escalado para a consulta de enfermagem que fornece esse apoio.

A consulta de enfermagem funciona apenas no período da manhã e, supostamente, a sala que se encontra destinada para a sua realização encontra-se disponível todos os dias até às 11h00. Por vezes, existem marcações de exames posteriores a esta hora e que são realizados nesta sala.

O enfermeiro que se encontra escalado na consulta de enfermagem realiza a primeira consulta de enfermagem antes do primeiro tratamento de quimioterapia efetuado no hospital de dia, realiza os follow ups telefónicos após 48h do primeiro tratamento e realiza a segunda consulta de enfermagem no segundo tratamento. Está preconizado a realização de duas consultas de enfermagem. Em caso de necessidade poderão existir outras subseqüentes, desde que a equipa de enfermagem detete que os doentes necessitam de esclarecimento de dúvidas. Este enfermeiro também monitoriza, em ficheiros próprios os doentes a quem devem telefonar e confirmar a segunda consulta de enfermagem, bem como monitorizam telefonicamente algumas escalas, nomeadamente a escala MPN10 em doentes com doenças mieloproliferativas, em que o seu preenchimento é de autoavaliação por parte do doente referente a 10 sintomas que possa apresentar.

Relativamente a esclarecimentos sobre que alimentação os doentes em quimioterapia devem adotar assisti a uma enorme preocupação relativamente a esta temática, por parte da equipa de enfermagem. Para além do guia de acolhimento que faz referência aos potenciais efeitos secundários da quimioterapia relacionados com a alimentação também estão descritas algumas estratégias que os doentes devem adotar de forma a que possam suprimir esta necessidade básica humana. Na consulta de enfermagem também são dados vários conselhos sobre a alimentação e é realizada uma avaliação de risco nutricional, pela Escala de MUST.

Para além de toda a informação disponibilizada aos doentes/ família que vão estar sujeitos a tratamentos de quimioterapia também existe um “Guia de apoio ao

doente e família na fase Pós Transplante de Progenitores Hematopoiéticos” fornecido pela Unidade de Transplantação de Medula Óssea onde são fornecidas informações sobre cuidados com a alimentação: segurança na preparação dos alimentos, sugestões alimentares e algumas dicas relacionadas com determinados sintomas (disgeusia, anorexia, xerostomia, mucosite oral, náuseas e vômitos, diarreia e obstipação).

Este estágio proporcionou-me uma enorme fonte de aprendizagem, não só pelos conhecimentos que adquiri relativamente à temática da alimentação, bem como pela partilha de experiências com outros colegas, outras realidades e outras práticas. Estes momentos, serviram para que nós, futuros especialistas aprendamos mas também possamos dar o nosso contributo de forma crítica e construtiva às práticas existentes. Desta forma mencionei dois temas que considero bastante pertinentes em hospitais de dia, nomeadamente a identificação dos doentes e o uso de equipamento de proteção individual pelos enfermeiros.

Constatei que os doentes não apresentavam pulseira de identificação para a realização de tratamentos e/ ou exames. Foi um dos pontos que discuti e refleti com a minha orientadora e partilhei com a equipa, bem como a validação da identificação positiva com o doente, ou seja, confirmar com o doente nome completo e data de nascimento, para que não ocorram trocas de medicação. De facto, existe a preocupação de confirmação do nome do doente e dos respetivos tratamentos (nome do doente, nome do fármaco e dose).

A colocação da pulseira de identificação é uma mais valia, uma vez que em caso de emergência esta é uma garantia para a identificação correta do doente e, em hospitais de dia faz parte integrante das boas práticas, de acordo com a orientação da DGS (2011).

O equipamento de proteção individual dos enfermeiros é muitas vezes descurado. Aqui, os enfermeiros apenas utilizam luvas na manipulação dos citostáticos e, por vezes (raramente) máscara. Embora não exista uma manipulação “completa” dos citostáticos (uma vez que são preparados na farmácia), no entanto o seu manuseamento para a perfusão dos mesmos liberta partículas, pelo que existe inalação das mesmas e, existe sempre o risco de exposição. Os sistemas utilizados para a perfusão dos citostáticos são designados de circuito fechado, garantindo uma maior segurança para o profissional de saúde, bem como para o próprio doente.

Também discuti este tema com a equipa de enfermagem, nomeadamente com a minha orientadora, uma vez que impulsionei a prática de uso de equipamento de proteção individual no meu local de trabalho. Inicialmente não foi fácil, pois a resistência à mudança é muito difícil. Sabemos, de antemão, que ainda não estamos a utilizar os equipamentos adequados. No entanto estamos em processo de atualização e desenvolvimento dessa boa prática.

A equipa de enfermagem do hospital de dia de hematologia é uma equipa muito dedicada e empenhada na atualização de conhecimentos e de boas práticas clínicas no desenvolvimento de vários projetos tendo como base para a prestação de cuidados os Modelos Teóricos de Virgínia Henderson, Dorothea Orem, Nancy Roper e Colegas.

Referências Bibliográficas:

Despacho nº5911-B/2016. (2016). *Estabelece as disposições para a referência do utente para a realização da primeira consulta hospitalar em qualquer unidade do Sistema Nacional de Saúde onde exista a especialidade em causa*. Diário da República nº85/2016, 2º suplemento, Série II (2016-05-03).

Orientação n.º 018/2011 de 23/05/2011 da Direção Geral de Saúde. (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Lisboa: DGS.

Apêndice X: *Checklist* – Efeitos Secundários Induzidos pela
Quimioterapia que Interferem na Alimentação

Checklist
Efeitos Secundários Induzidos
pela Quimioterapia que Interferem na Alimentação

Sintomas	Sim	Não
Náuseas		
Vômitos		
Anorexia		
Mucosite		
Disgeusia		
Diarreia		
Obstipação		

Outros: _____

Protocolo Terapêutico: _____

Apêndice XI: Análise dos Resultados da *Checklist*

- Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A

Análise da Checklist

- Presença dos Efeitos Secundários Induzidos pela Quimioterapia que estão diretamente relacionados com a Alimentação –

Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A

Segue-se a tabela representativa quanto à aplicação da *checklist* a 25 doentes.

Entrevista	Protocolo	Sintomas Induzidos pela Quimioterapia							
		1	2	3	4	5	6	7	8 – Outros
1	Bortezomib	S	N	N	S	N	N	N	
2	Azacitadina	N	N	N	S	N	N	S	
3	Azacitadina	N	N	N	S	N	N	N	
4	Bortezomib	S	N	S	S	N	N	S	
5	ABVD	S	N	N	N	N	N	S	
6	RCHOP	N	N	N	N	N	N	S	
7	Azacitadina	S	N	S	N	N	N	N	
8	RCHOMP	N	N	N	S	N	N	N	
9	Bortezomib	N	N	N	N	N	N	N	Neuropatia
10	Bortezomib	N	N	N	N	N	N	N	
11	Bortezomib	N	N	N	N	S	N	N	
12	Azacitadina	N	N	N	N	N	N	N	
13	Daratumumab	N	N	N	N	N	N	N	
14	R8CVP	N	N	N	N	N	N	N	
15	CHOP	N	N	N	S	N	N	N	Prurido na pele
16	Rituximab SC	N	N	S	N	S	N	N	
17	RCHOMP	N	N	N	S	N	N	N	
18	RCHOMP	N	N	N	S	N	N	N	
19	RCHOP	N	N	S	S	N	S	N	
20	RCHOP14	N	N	N	S	N	N	N	Cefaleias ocasionais
21	RCHOP	N	N	S	S	N	N	S	Cansaço + alopecia.
22	ABVD	S	N	N	N	N	N	N	
23	Azacitadina	N	N	N	S	N	N	N	
24	Bortezomib	N	N	N	S	N	N	S	
25	Daratumumab	S	N	N	N	N	N	N	
Total		6	0	5	13	2	1	6	4

Legenda: 1 – Náuseas/ 2 – Vômitos/ 3 – Anorexia/ 4 – Mucosite/ 5 – Disgeusia/ 6 – Diarreia/ Obstipação

ABVD – Doxorubicina + Bleomicina + Vimblastina + Dacarbazina

RCHOP – Rituximab + Ciclofosfamida + Doxorubicina + Vincristina + Prednisolona

RCHOMP – Rituximab + Ciclofosfamida + Doxorubicina + Vincristina + Metotrexato + Prednisolona

RCVP – Rituximab + Ciclofosfamida + Vincristina + Prednisolona

CHOP – Ciclofosfamida + Doxorubicina + Vincristina + Prednisolona

Tabela 1 – Protocolo terapêutico vs sintomas induzidos pela quimioterapia

De forma a analisar estes dados de forma mais perceptível passo à representação gráfica dos mesmos (gráfico 1).

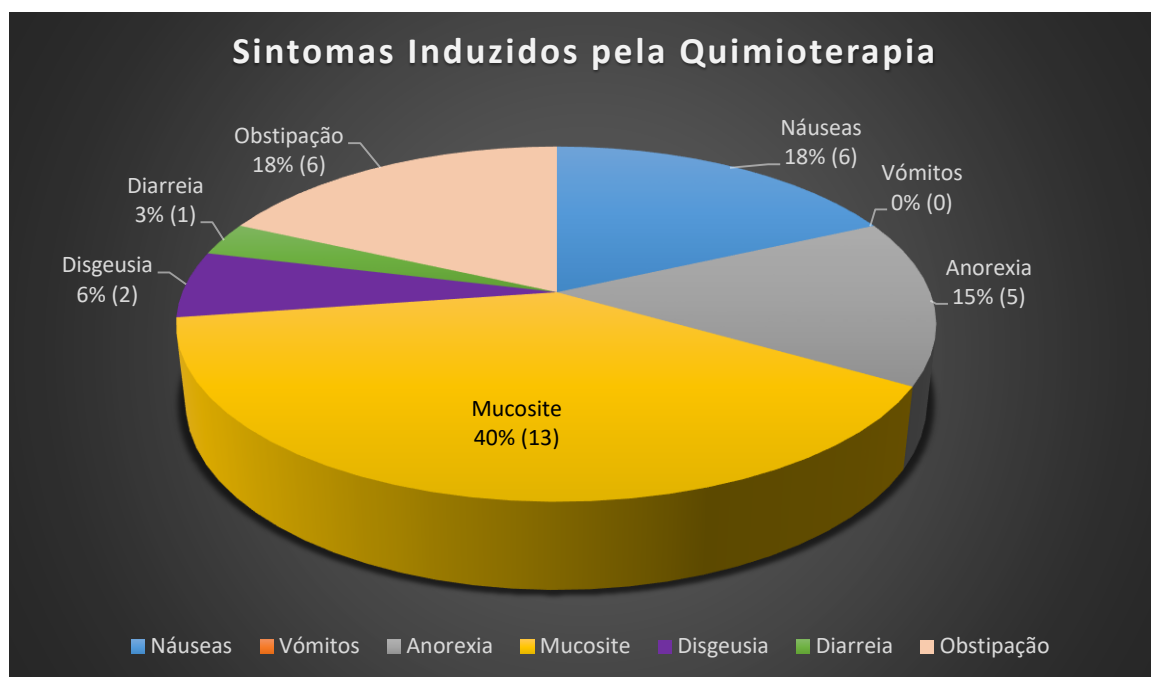
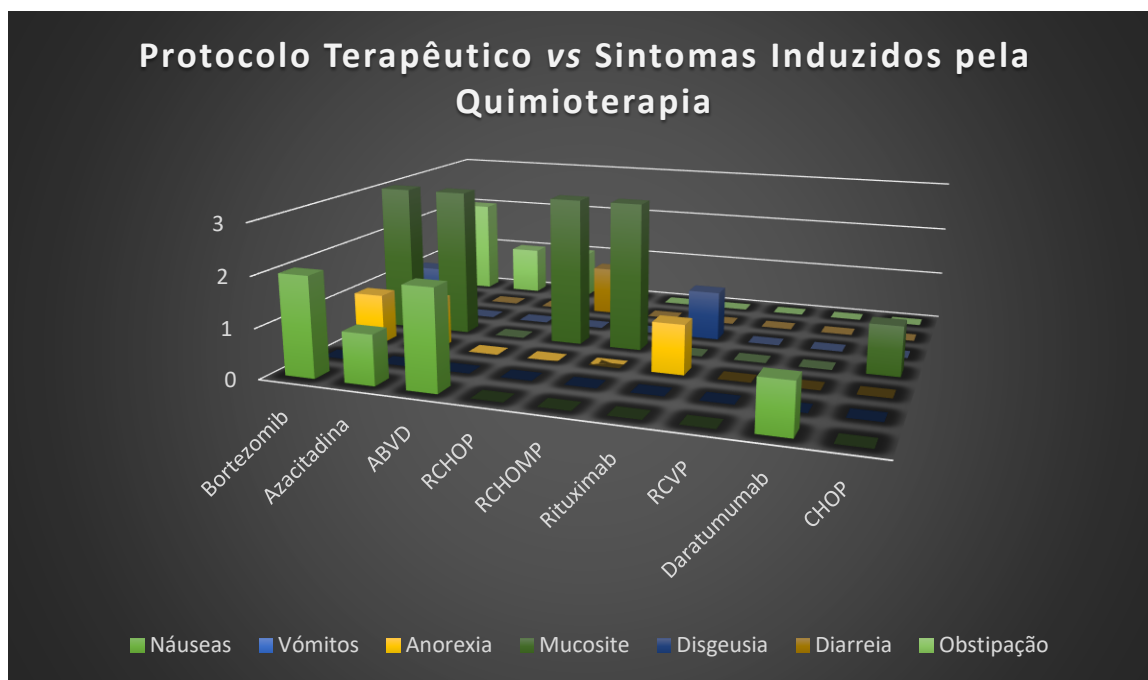


Gráfico 1 – Representação gráfica dos sintomas induzidos pela quimioterapia
(excluindo a opção “outros”)

De forma a quantificar a percentagem de doentes que apresentam os sintomas em estudo decidi não proceder à representação gráfica da opção “outros” e também porque estes não se encontram relacionados com a alimentação. Há a registar que quatro doentes referiram ter apresentado cansaço, neuropatia periférica, cefaleias ocasionais e alopecia.

De acordo com os dados obtidos, a mucosite é o sintoma mais prevalente referido por 13 doentes correspondendo a 40%, seguindo-se as náuseas (18%) e a obstipação (18%) referidos por seis doentes. Por outro lado nenhum doente referiu ter apresentado vômitos no decorrer dos tratamentos.



Legenda:

ABVD – Doxorrubicina + Bleomicina + Vimblastina + Dacarbazina
 RCHOP – Rituximab + Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Vincristina + Prednisolona
 RCHOMP – Rituximab + Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Vincristina + Metotrexato + Prednisolona
 RCVP – Rituximab + Ciclofosfamida + Vincristina + Prednisolona
 CHOP – Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Vincristina + Prednisolona

Gráfico 2 – Representação gráfica da distribuição de sintomas induzidos pela quimioterapia vs protocolo terapêutico

Dos 25 entrevistados, o sintoma mais comum foi a mucosite, 35%, o que corresponde a 13 doentes com esta queixa. Por outro, lado nenhum dos participantes apresentou vômitos.

Os doentes que apresentaram mucosite encontravam-se, na sua maioria a realizar tratamento com doxorrubicina e ciclofosfamida, sendo estes fármacos potenciadores deste sintoma.

Apêndice XII: Consulta de Enfermagem do Hospital de Dia de
Hematologia do Hospital A

Consulta de Enfermagem do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A

Como refere Machado, Leitão & Holanda (2005)

a consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. A consulta é também um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o assistido, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano (p. 724).

Foi neste sentido que a equipa de enfermagem do hospital de dia de hematologia desenvolveu o Projeto de Consulta de Enfermagem. Iniciado em Maio de 2013 e colocado em prática em Outubro de 2016.

A consulta de enfermagem visa “promover um momento que privilegie a relação terapêutica e a comunicação num espaço de privacidade e sigilo, favorecendo o autocuidado e a adesão ao processo terapêutico” (Projeto de Consulta de Enfermagem ao Doente Hemato-Oncológico do Hospital A).

Os objetivos específicos da implementação desta consulta são:

- ✓ Realizar acolhimento ao utente/ família/ pessoa significativa;
- ✓ Realizar colheita de dados do utente/ família;
- ✓ Identificar necessidades/ preocupações do utente/ família/ pessoa significativa;
- ✓ Avaliar sintomatologia e eventos adversos utilizando instrumentos de avaliação validados;
- ✓ Determinar diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções;
- ✓ Informar sobre tratamentos de quimioterapia;
- ✓ Validar conhecimentos apreendidos;
- ✓ Encaminhar para outros cuidados de saúde (psicólogo, dietista, assistente social, centro de saúde).

Deste modo encontram-se preconizadas três consultas de enfermagem. A primeira consulta é realizada antes do primeiro tratamento de quimioterapia em hospital de dia (poderá já ter realizado o primeiro tratamento em regime de

internamento), a segunda consulta é realizada 48h após o tratamento e é designada como consulta sem presença do doente, que geralmente denominamos por follow up telefónico e, tem como objetivo avaliar e monitorizar sintomas que o doente possa apresentar após o tratamento e/ou dúvidas que possa ter bem como a adesão terapêutica, através da Escala MMAS (Morisky Medication Adherence Scale).

Por fim, a terceira consulta de enfermagem é efetuada no dia do segundo tratamento de quimioterapia (dependendo da periodicidade do protocolo de quimioterapia), pelo que poderá ser realizada antes, uma vez que a equipa de enfermagem tem a preocupação de marcar estas consultas em dias que coincidam com uma vinda ao hospital por parte do doente.

É de salientar que de acordo com a avaliação realizada por parte da equipa de enfermagem e constante monitorização de sintomas e/ ou dúvidas por parte dos doentes poderão ser realizadas consultas de enfermagem subsequentes.

Todos os registos de enfermagem são realizados em sistema informático na aplicação Glinntt, que são baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), onde são abertos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Todo o Processo de Enfermagem baseia-se no Modelo Teórico de Virgínia Henderson e de Dorothea Orem.

A primeira consulta de enfermagem encontra-se dividida em três fases.

A primeira fase corresponde ao acolhimento ao serviço e colheita de dados do utente/ família (Anexo 1). A segunda fase tem como objetivo a informação sobre os efeitos secundários mais comuns do tratamento de quimioterapia e de algumas estratégias para minimizar o seu impacto, bem como orientações básicas direcionadas para o autocuidado (alimentação, prevenção de infeções e outras complicações, atividade, medicação) e para os cuidadores. Na terceira fase da consulta pretende-se validar as orientações fornecidas, procedendo-se à entrega de documentação facilitadora para todo este novo processo, como guias de acolhimento.

Na primeira consulta de enfermagem o ensino preconizado pelos enfermeiros encontra-se direcionado para quatro áreas: tratamento, controlo de eventos adversos, segurança alimentar e riscos do ambiente.

De acordo com a temática em estudo “Intervenções de Enfermagem para a Promoção da Alimentação à Pessoa Submetida a Quimioterapia” irei centrar-me nos conteúdos relacionados com a mesma.

No que confere à segurança alimentar é dado ênfase aos seguintes conselhos:

1º - Deve-se evitar: mariscos, alimentos crus, leites e queijos não pasteurizados, alimentos processados como enchidos e produtos de salsicharia, grelhados no carvão.

2º - Não comer fruta ou saladas em restaurantes.

3º - Privilegiar alimentos frescos.

4º - Lavar e desinfetar legumes e frutas com casca (utilização de Amukina® ou 5 gts de lixívia diluída em 1L de água, mergulhar cerca de 30 minutos).

5º - Não ingerir alimentos mal passados.

6º - Acondicionar bem os alimentos no frigorífico.

7º - Controlo adequado da temperatura na conservação, preparação e confeção dos alimentos.

8º - Higienização das mãos no manuseio de alimentos e na sua confeção.

9º - Higienização e desinfeção dos utensílios e das superfícies.

Todos estes conselhos são fornecidos para diminuir o risco de infeções nestes doentes, que só pelo facto de padecerem de uma doença hematológica estão mais propensos para tal, estando este risco aumentado uma vez que se encontram a realizar quimioterapia.

Aquando do esclarecimento de potenciais efeitos secundários da quimioterapia, nomeadamente os que se encontram relacionados com a alimentação tais como: náuseas e vómitos, anorexia, disgeusia, mucosite, xerostomia, diarreia e obstipação, o enfermeiro realça algumas estratégias alimentares para minimizar o seu impacto. Tais estratégias encontram-se no “Guia Orientador de Quimioterapia” que é facultado ao doente e reforçam a importância de uma alimentação variada e equilibrada nesta fase do tratamento.

Para além destes esclarecimentos relacionados com a alimentação, também é realizada uma avaliação do risco nutricional dos doentes através da Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Nas consultas subsequentes é validada toda a informação fornecida na primeira consulta e, se necessário reforçado o ensino. São monitorizados efeitos secundários ao tratamento e sintomas que o doente possa apresentar, a adesão terapêutica, aplicando escalas para o efeito, averiguando de que forma estes sintomas condicionam as atividades de vida diárias.

Existe um ficheiro, criado pela equipa de enfermagem, onde monitorizam e atualizam a data das consultas realizadas e as datas das próximas a realizar, bem como registam numa agenda a marcação de consultas.

Para a realização deste estágio completei 13 turnos, num total de 104 horas, em que realizei 9 turnos na consulta de enfermagem, pelo que assisti e colaborei em 12 consultas de enfermagem presenciais e duas consultas não presenciais, pelo que o indicador de avaliação proposto: assistir a pelo menos cinco consultas de enfermagem foi superado.

Referências Bibliográficas:

Machado, M.M.T., Leitão, G.C.M. & Holanda, F.U.X. (2005). O conceito de ação comunicativa: Uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5): 723-728.

Apêndice XIII: Escalas de Avaliação de Risco Nutricional

Escalas de Avaliação de Risco Nutricional

A British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) recomenda a realização, por parte dos profissionais de saúde, de um rastreio do risco nutricional simples a todos os doentes na admissão hospitalar (Shum, Hui, Chu, Chai & Choww, 2005).

Idealmente, o rastreio nutricional deveria ser realizado por enfermeiros, uma vez que são estes os profissionais com maior contacto com os doentes (Davies, 2005).

De acordo com a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (Arends et al, 2017) as ferramentas utilizadas para avaliar o risco nutricional, de forma a serem eficientes, devem ser de rápida aplicação, baratas e sensíveis. Para o efeito o índice de massa corporal (IMC), a perda de peso e um índice de ingestão de alimentos podem ser obtidos diretamente através das seguintes escalas: Nutritional Risk Screening, 2002 (NRS-2002), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Malnutrition Screening Tool (MST) e Mini Nutritional Assessment Short Form Revised (MNA-SF®)

Em doentes identificados com risco nutricional devem ser adotadas intervenções nutricionais específicas para cada doente. A ingestão alimentar, a composição corporal, a atividade física e o padrão metabólico são consideradas variáveis chave que influenciam a função corporal do doente oncológico, bem como a localização do tumor. Assim, a ESPEN (Arends et al, 2017) recomenda como ferramentas de avaliação nutricional as seguintes escalas: Subjective Global Assessment (SGA), Patient-Generate Subjective Global Assessment (PG-SGA) e Mini Nutrition Assessment (MNA).

Neste documento apenas serão apresentadas as seguintes escalas: MUST, NRS-2002, MNA-SF, MNA e a PG-SGA, uma vez que através da pesquisa bibliográfica que efetuei são estas as escalas mais utilizadas.

✓ **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)**

A MUST (Anexo A) foi desenvolvido em 2003 pelo grupo multidisciplinar Malnutrition Advisory Group (MAG), um comité permanente da British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN, 2016).

Trata-se de um método simples e rápido de avaliação de risco nutricional que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, num primeiro contacto com o doente. Esta ferramenta, para além de detetar o risco de desnutrição dos doentes, possibilita a implementação de linhas orientadoras claras (BAPEN, 2016). Pode ser aplicado em doentes adultos, inclusivamente para doentes oncológicos, tendo sido já validada em Portugal para a Oncologia (Tomé et al, 2012).

A MUST consiste na avaliação de 3 componentes: o índice de massa corporal (IMC), perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses e impacto da doença/redução drástica na ingestão nutricional nos últimos 5 dias (BAPEN, 2016).

Para a componente IMC, a pontuação é atribuída da seguinte forma: 0 pontos para IMC $> 20 \text{ Kg/m}^2$, 1 ponto para IMC entre 18.5 e 20 Kg/m^2 e 2 pontos para um IMC $< 18.5 \text{ Kg/m}^2$. Relativamente à perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses, a pontuação é a seguinte: 0 pontos se $< 5\%$, 1 ponto se 5- 10% e 2 pontos se $> 10\%$. Por último, se a pessoa se encontra gravemente doente e reduziu drasticamente a ingestão nutricional ou se se prevê não conseguir alimentar-se durante um período > 5 dias deverá ser atribuída uma pontuação de 2, se pelo contrário não se verificar a situação anterior a pontuação atribuída deverá ser 0 pontos. As pontuações obtidas em cada componente são somadas e o score obtido permite a categorização dos doentes quanto ao risco de desnutrição: baixo risco (score 0), moderado risco (score 1) e alto risco (score 2) (BAPEN, 2016).

✓ **Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)**

A NRS-2002 (Anexo B) surgiu em 2003 e é recomendada pela ESPEN para avaliação de risco nutricional em doentes internados, independentemente da patologia (Kondrup, Elia & Plauth, 2003).

Este é um método fácil de ser aplicado e rápido. Classifica o estado nutricional dos doentes em quatro categorias, tendo como base o IMC, a percentagem de perda

recente de peso, as alterações da ingestão alimentar e a severidade da doença. De acordo com a pontuação obtida, o doente, quanto ao seu estado nutricional, é classificado como: normal (pontuação = 0), leve (pontuação = 1), moderado (pontuação = 2) ou severa (pontuação=3) (Kondrup et al, 2003).

Relativamente à gravidade da doença, as pontuações são distribuídas da seguinte forma: (a) 1 ponto se o doente sofre de uma doença crónica, tendo sido admitido no hospital devido a complicações da sua situação clínica. O doente encontra-se fraco mas levanta-se da cama regularmente. As necessidades proteicas estão aumentadas mas são satisfeitas com alimentação oral ou suplementos; (b) se o doente encontra-se confinado ao leito devido à doença a pontuação é de 2 pontos. As necessidades proteicas estão substancialmente aumentadas mas podem ser suplantadas e, em muitos casos pode existir a necessidade de nutrição artificial; (c) 3 pontos se o doente se encontra nos cuidados intensivos com ventilação assistida. As necessidades proteicas estão verdadeiramente aumentadas e não se encontram satisfeitas mesmo com nutrição artificial, ainda que a perda proteica possa ser significativamente atenuada.

Se a idade do doente for igual ou superior a 70 anos de idade será atribuído 1 ponto. A soma de todos os itens: pontuação nutricional (0 - 3), da severidade da doença (0 - 3) e da idade (0 - 1) pode variar entre 0 e 7, classificando os doentes como não estando em risco, se a pontuação for < 3 e em risco, quando esta é ≥ 3 .

Desde 2018 que a Direção Geral de Saúde (DGS, Despacho n.º 6634/2018) preconiza a Nutritional Risk Screening 2002 como a ferramenta a utilizar para a identificação de risco nutricional em doentes adultos internados no Sistema Nacional de Saúde, emitindo os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS_{EPE}, 2018) uma norma técnica para a sua aplicação (Anexo C).

✓ **Mini Nutritional Assessment (MNA) e Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)**

A Mini Nutritional Assessment (Anexo D) foi desenvolvido especificamente com o propósito de detetar risco de desnutrição para a população idosa (≥ 65 anos de idade), cujas instruções podem ser consultadas no respetivo site (<http://www.mna-elferly.com>).

Este instrumento combina rastreio e avaliação nutricional, dado que a última parte do questionário (avaliação global) consiste numa exploração mais detalhada da primeira (triagem). Este método de avaliação inclui 18 itens agrupados em quatro rubricas, sendo elas: avaliação antropométrica (itens B, F, Q e R), avaliação geral (itens C, D, E, G H e I), curta avaliação dietética (itens A, J, K, L, M e N) e avaliação subjetiva (itens O e P). Com esta avaliação completa o score máximo é de 30 pontos. Os doentes podem ser classificados do seguinte modo: estado nutricional normal (≥ 24 pontos); risco de desnutrição (entre 17 a 23,5 pontos) e desnutrido (< 17 pontos).

Por outro lado, a Mini Nutritional Assessment Short Form, recomendada pela ESPEN como um método de rastreio nutricional é composta apenas por seis itens, sendo a versão resumida da MNA.

A avaliação, comparativamente com a MNA, correspondem aos itens A, B, C, D, E e F (triagem). Estes referem-se à diminuição da ingesta alimentar, perda de peso nos últimos três meses, mobilidade, stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses, problemas neuropsicológicos e índice de massa corporal, respetivamente. A sua pontuação máxima é de 14 pontos e os doentes são classificados como: estado nutricional normal (entre 12 a 14 pontos), sob risco de desnutrição (entre 8 e 11 pontos) e desnutrido (≤ 7 pontos).

✓ **Patient-Generate Subjective Global Assessment (PG-SGA)**

A Patient-Generate Subjective Global Assessment (PG-SGA) (Anexo E) é uma adaptação da Subjective Global Assessment (SGA) realizada por Ottery (1996) no sentido de ir ao encontro das necessidades específicas dos doentes oncológicos.

Comparativamente à SGA, a PG-SGA foi desenhada para que os doentes possam preencher os dados referentes à sua história clínica. Esta ferramenta permite uma avaliação global do estado nutricional do doente, baseada na história dietética e no exame físico do mesmo.

Segundo Candela et al (2010) a PG-SGA é o método de referência para o diagnóstico de desnutrição.

O questionário é composto por duas secções, a primeira é o doente que preenche e corresponde a questões relativas à perda de peso, à ingestão alimentar individual, aos sintomas associados à doença com impacto nutricional e à capacidade

funcional. Por outro lado, a segunda parte é preenchida pelo nutricionista (médico ou enfermeiro treinados) e inclui questões relacionadas com o diagnóstico, idade, stress metabólico e o exame físico, que inclui uma avaliação subjetiva de três aspetos da composição corporal: massa gorda, massa muscular e líquidos). É realizado o somatório das duas secções e obtém-se uma pontuação numérica, que varia entre 0-35. Quanto mais elevada a pontuação, maior é o risco de desnutrição. Uma pontuação ≥ 9 indica uma necessidade crítica de intervenção nutricional e de controlo de sintomas. Para além da pontuação numérica, o PG-SGA permite classificar os doentes como: bem nutrido ou anabólico (estadio A), moderadamente desnutrido ou em risco de desnutrição (estadio B) ou severamente desnutrido (estadio C) (Isering, Bauer & Capra, 2003).

Em suma, podemos afirmar que todos os instrumentos anteriormente referidos têm como vantagem o facto de serem simples, baratos e não invasivos. Como desvantagens a MUST não tem em consideração a gravidade da doença. A MNA-SF e o MNA apenas estão preconizados para a população idosa e o NRS 2002 apenas para doentes internados. Ainda em relação a estas duas últimas escalas, enquanto a primeira demora cerca de quatro minutos a preencher, a última ocupa cerca de 15 minutos (Vellas et al, 2006). A PG-SGA apresenta como desvantagens o facto de exigir treino específico por parte dos profissionais de saúde e apresenta-se inespecífica para diferentes tipos de tumores (Poziomyck, Fruchtenicht, Volkweis, Antoniazzi & Moreira, 2016).

Existem vários artigos na literatura que comparam os diferentes instrumentos de rastreio e de avaliação nutricional, não apenas os referidos neste trabalho e as conclusões, por vezes são contraditórias, quanto à sua especificidade, principalmente no que concerne ao instrumento de trabalho a utilizar para o rastreio do risco nutricional, porém se nos guiarmos pelo trabalho realizado em Portugal, por Tomé, Grillo, Camilo & Ravasco (2012), no qual pretendia avaliar a MUST como instrumento de avaliação do estado nutricional de rotina utilizado em oncologia concluiu-se que esta ferramenta é válida e eficaz na identificação de doentes com risco nutricional. Segundo as autoras, a MUST deve ser o primeiro instrumento a utilizar para a sinalização de doentes com risco nutricional. Quando sinalizados, os doentes devem ser encaminhados para profissionais de nutrição e submetidos a uma avaliação com

a escala PG-SGA, de forma a avaliar o seu estado nutricional e para a implementação de cuidados individualizados.

Referências Bibliográficas:

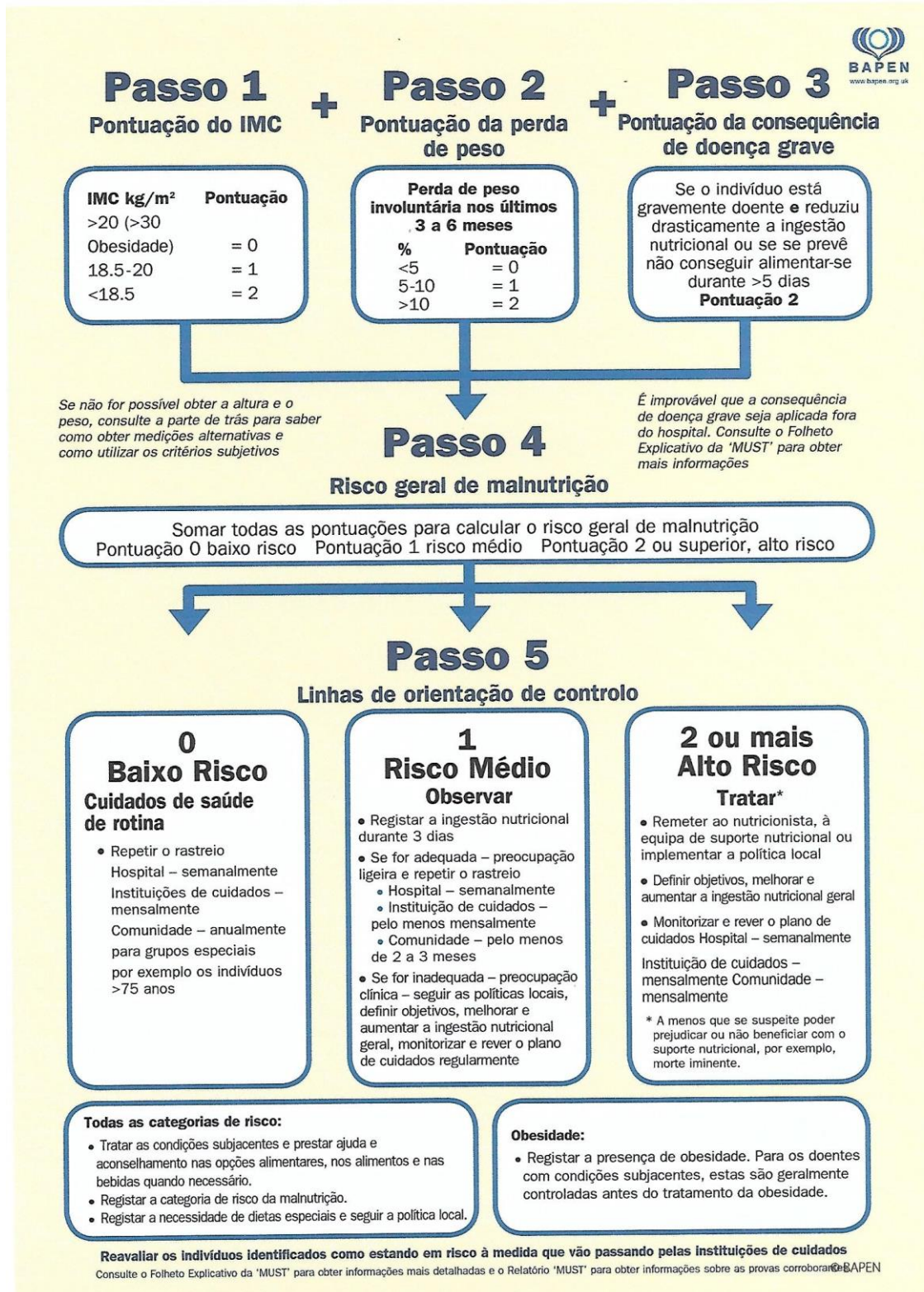
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Fearon, K., Hutterer, ... Preiser, J.C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 36, 11-48.
- Candela, G., Roldán, J., Garcia, M., Marin, M., Madero, R., Pérez-Portabella, C., Planás, M., Mokoroa, A., Preyra, F., Palmero, A. (2010). Utilidad de un método de cribado de malnutrición en pacientes com câncer. *Nutrición Hospitalaria*, 25 (3): 400-405.
- Davies, M. (2005). Nutritional screening and assessment in cancer-associated malnutrition. *European Journal Oncology Nursing*, 9:S64-S73.
- Direção Geral de Saúde. (2018). Despacho n.º 6634/2018 que *Determina as ferramentas a utilizar para a identificação do risco nutricional, com vista à implementação, nos estabelecimentos hospitalares do SNS, de uma estratégia de combate à desnutrição hospitalar, e estabelece disposições*. Diário da República n.º 129/2018, Série II de 2018-07-06.
- Isering, E., Bauer, J., Capra, S. (2003). The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57: 305-309.
- Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Plauth M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* 22(4): 415-42.
- Ottery F. (1996). Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*, 12: 15-19.

- Poziomyck, A., Fruchtenicht, A., Volkweis, B., Antoniazzi, J., Moreira, L. (2016). Confiabilidade da avaliação nutricional em pacientes com tumores gastrointestinais. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 43 (3): 189-197.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS_{EPE}). (2018). *Norma Técnica: Ferramentas a utilizar para a identificação de risco nutricional em Unidades de Saúde Hospitalares*. Lisboa.
- Shum, N.C., Hui, W.W., Chu F.C., Chai J.Y.C., Choww, T.W. (2005). Prevalence of malnutrition and risk factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital. *Hong Kong Medical Journal*. 11(4): 234-42.
- The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. (2016). “*MUST*” – *Português*- Worcester: BAPEN. Disponível em:
<https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-portugues>
- Tomé, C.B., Grillo I.M., Camilo, M., Ravasco P. (2012) – Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in Cancer. *British Journal of Nutrition*, 108, 343-348.
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Guigoz, Y., Morley, J.E, Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L.Z., Garry, P. (2006). Overview of the mna-its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10 (6), 456-463.

Anexos

Anexo A

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)



Anexo B

Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)

ESPEN Guidelines

420 ESPEN GUIDELINES

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Table 1 Initial screening			
		Yes	No
1	Is BMI <20.5?		
2	Has the patient lost weight within the last 3 months?		
3	Has the patient had a reduced dietary intake in the last week?		
4	Is the patient severely ill? (e.g. in intensive therapy)		
<p>Yes: If the answer is 'Yes' to any question, the screening in Table 2 is performed. No: If the answer is 'No' to all questions, the patient is re-screened at weekly intervals. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.</p>			

Table 2 Final screening			
Impaired nutritional status		Severity of disease (≈ increase in requirements)	
Absent Score 0	Normal nutritional status	Absent Score 0	Normal nutritional requirements
Mild Score 1	Wt loss > 5% in 3 mths or Food intake below 50–75% of normal requirement in preceding week	Mild Score 1	Hip fracture* Chronic patients, in particular with acute complications: cirrhosis*, COPD*, Chronic hemodialysis, diabetes, oncology
Moderate Score 2	Wt loss > 5% in 2 mths or BMI 18.5 – 20.5 + impaired general condition or Food intake 25–60% of normal requirement in preceding week	Moderate Score 2	Major abdominal surgery* Stroke* Severe pneumonia, hematologic malignancy
Severe Score 3	Wt loss > 5% in 1 mth (> 15% in 3 mths) or BMI < 18.5 + impaired general condition or Food intake 0-25% of normal requirement in preceding week in preceding week.	Severe Score 3	Head injury* Bone marrow transplantation* Intensive care patients (APACHE > 10).
Score:	+	Score:	= Total score
Age	= age-adjusted total score		
Score ≥ 3: the patient is nutritionally at-risk and a nutritional care plan is initiated			
Score < 3: weekly rescreening of the patient. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.			

NRS-2002 is based on an interpretation of available randomized clinical trials. *indicates that a trial directly supports the categorization of patients with that diagnosis. Diagnoses shown in *italics* are based on the prototypes given below.
Nutritional risk is defined by the present **nutritional status** and risk of impairment of present status, due to **increased requirements** caused by stress metabolism of the clinical condition.

A **nutritional care plan** is indicated in all patients who are
 (1) severely undernourished (score = 3), or (2) severely ill (score = 3), or (3) moderately undernourished + mildly ill (score 2 + 1), or (4) mildly undernourished + moderately ill (score 1 + 2).
Prototypes for severity of disease
Score = 1: a patient with chronic disease, admitted to hospital due to complications. The patient is weak but out of bed regularly. Protein re-

quirement is increased, but can be covered by oral diet or supplements in most cases.
Score = 2: a patient confined to bed due to illness, e.g. following major abdominal surgery. Protein requirement is substantially increased, but can be covered, although artificial feeding is required in many cases.
Score = 3: a patient in intensive care with assisted ventilation etc. Protein requirement is increased and cannot be covered even by artificial feeding. Protein breakdown and nitrogen loss can be significantly attenuated.

Anexo C

Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)

O preenchimento desta escala faz-se em dois passos. Se no primeiro passo existir alguma resposta “SIM”, o utilizador deve ser encaminhado para um segundo quadro, onde se fará a estratificação de risco.

Ecrã 1: Preenchimento da avaliação inicial (efetuada pela equipa multidisciplinar)

Para cada questão, o utilizador deve assinalar apenas uma opção de resposta.

Questão	Opções de resposta	
IMC < 20,5 Kg/m ²	NÃO	SIM
Perda ponderal nos últimos 3 meses	NÃO	SIM
Redução na ingestão diária na última semana	NÃO	SIM
Doente em contexto de UCI	NÃO	SIM

Ecrã 2: Preenchimento da avaliação final (efetuada pelo Serviço de Nutrição)

No caso de no quadro anterior ter sido dada pelo menos uma resposta SIM, deve ser solicitado o preenchimento do quadro abaixo, onde para cada âmbito assinalado deve ser selecionada uma só opção.

Âmbito	Níveis	Pontuação a atribuir
Situação nutricional comprometida	Ausente: Estado nutricional normal	0 pontos
	Necessidade leve: perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão de alimentos < 50 - 75% da exigência normal na semana anterior	1 ponto
	Necessidade moderada: perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC 18.5 - 20.5 + condição geral desabilitada ou ingestão de alimentos 25 - 60% da exigência normal na semana anterior	2 pontos
	Necessidade grave: perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em três meses) ou IMC < 18.5 + condição geral desabilitada ou ingestão de alimentos 0 - 25% da exigência normal na semana anterior	3 pontos
Gravidade de doença	Ausente: Necessidades nutricionais normais	0 pontos
	Leve: Fratura na anca, doentes crónico (em especial nas complicações agudas, p.e. cirrose ou DPOC), hemodiálise crónica, diabetes, doentes oncológicos.	1 ponto
	Moderada: Grande cirurgia abdominal, AVC, pneumonia grave, doenças hemato-oncológicas	2 pontos
	Grave: Traumatismo craniano, transplante de medula, doentes em UCI (APACHE > 10)	3 pontos
Idade	< 70 anos	0 ponto
	≥ 70 anos	1 ponto

Cálculo do Score:

O score resulta da soma dos pontos obtidos nos três âmbitos. O mesmo deve ser apresentado ao profissional de saúde e destacado na tabela abaixo, assinalando o respetivo risco e intervenção/follow-up aconselhado,

Score total	Risco	Intervenção e seguimento
≥ 3 pontos	Alto	Referenciar ao nutricionista para avaliação diagnóstico, intervenção e monitorização nutricional.
1 a 2 pontos	Aumentado	Ponderar intervenção nutricional. Monitorizar peso 2 vezes por semana e avaliar o risco nutricional semanalmente. Referenciar ao nutricionista para o diagnóstico completo, se necessário.
0 pontos	Sem risco	Repetir avaliação 7 dias depois. Caso esteja agendada uma cirurgia major, considerar solicitar plano de cuidados de nutrição.

Os dados de preenchimento, bem como o SCORE obtido, devem ser armazenados.

Fonte: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS_{EPE}). 2018. Norma Técnica: Ferramentas a utilizar para a identificação de risco nutricional em Unidades de Saúde Hospitalares. Lisboa.

Anexo D

Mini Nutritional Assessment (MNA®)

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

☐

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

☐

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

☐

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐ ☐

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

☐

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

☐

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
 - Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
 - Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

☐

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?
- carne, peixe ou aves todos os dias?

sim ☐ não ☐

sim ☐ não ☐

sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

☐ ☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

☐

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

☐ ☐

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

☐ ☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

☐ ☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

☐

Avaliação global (máximo 16 pontos) ☐ ☐ ☐

Pontuação da triagem ☐ ☐ ☐

Pontuação total (máximo 30 pontos) ☐ ☐ ☐

Avaliação do Estado Nutricional

- | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|
| de 24 a 30 pontos | <input type="checkbox"/> | estado nutricional normal |
| de 17 a 23,5 pontos | <input type="checkbox"/> | sob risco de desnutrição |
| menos de 17 pontos | <input type="checkbox"/> | desnutrido |

Anexo E

Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente

Somatório das caixas 1 a 4 (Ver página 1) ☐ A

Folha de Trabalho 1 - Pontuação da perda de peso Para determinar a pontuação usar o valor do peso de há 1 mês, se disponível. Usar o valor de há 6 meses apenas quando não existe o de há 1 mês. Usar os pontos abaixo para pontuar a variação de peso e adicionar 1 ponto extra se o doente tiver perdido peso durante as duas últimas semanas. Registrar a pontuação total na caixa 1 da PG-SGA. <table border="1"><thead><tr><th>Perda de peso em 1 mês</th><th>Pontos</th><th>Perda de peso em 6 meses</th><th>P anterior - P atual / P anterior x 100</th></tr></thead><tbody><tr><td>≥ 10%</td><td>4</td><td>≥ 20%</td><td></td></tr><tr><td>5 - 9,9%</td><td>3</td><td>10 - 19,9%</td><td></td></tr><tr><td>3 - 4,9%</td><td>2</td><td>6 - 9,9%</td><td></td></tr><tr><td>2 - 2,9%</td><td>1</td><td>2 - 5,9%</td><td></td></tr><tr><td>0 - 1,9%</td><td>0</td><td>0 - 1,9%</td><td></td></tr></tbody></table> Pontuação da Folha de Trabalho 1 <input type="checkbox"/>	Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	P anterior - P atual / P anterior x 100	≥ 10%	4	≥ 20%		5 - 9,9%	3	10 - 19,9%		3 - 4,9%	2	6 - 9,9%		2 - 2,9%	1	2 - 5,9%		0 - 1,9%	0	0 - 1,9%		Folha de Trabalho 2 - Patologias e a sua relação com as necessidades nutricionais Todos os diagnósticos relevantes (especificar) _____ Estadiamento da doença primária (assinale se conhecido ou apropriado) I II III IV Outro _____ A pontuação é calculada adicionando um ponto por cada uma das seguintes condições clínicas que o doente apresenta: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Cancro</td><td><input type="checkbox"/> SIDA</td><td><input type="checkbox"/> Caquexia Cardíaca ou Pulmonar</td><td><input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Existência de traumatismo</td><td><input type="checkbox"/> Idade superior a 65 anos</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crónica</td><td></td></tr></table> Pontuação da Folha de Trabalho 2 <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Cancro	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Caquexia Cardíaca ou Pulmonar	<input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula	<input type="checkbox"/> Existência de traumatismo	<input type="checkbox"/> Idade superior a 65 anos	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crónica																																																																																									
Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	P anterior - P atual / P anterior x 100																																																																																																																						
≥ 10%	4	≥ 20%																																																																																																																							
5 - 9,9%	3	10 - 19,9%																																																																																																																							
3 - 4,9%	2	6 - 9,9%																																																																																																																							
2 - 2,9%	1	2 - 5,9%																																																																																																																							
0 - 1,9%	0	0 - 1,9%																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Cancro	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Caquexia Cardíaca ou Pulmonar	<input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Existência de traumatismo	<input type="checkbox"/> Idade superior a 65 anos	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crónica																																																																																																																							
Folha de Trabalho 3 - Necessidades metabólicas A pontuação para o stress metabólico é determinada por um número de variáveis que estão associadas ao aumento das necessidades proteicas e calóricas. Nota: A pontuação desta folha de trabalho resulta de um somatório dos pontos relativos à febre ou à duração da febre (o valor mais elevado destas duas variáveis) e relativos aos corticosteróides, de forma a que um doente que tem de febre 38,8°C (3 pontos) há menos de 72 horas (1 ponto) e está em tratamento com 10mg de prednisona (2 pontos) totalizaria 5 pontos. <table border="1"><thead><tr><th></th><th>SEM STRESS (0 pts)</th><th>BAIXO STRESS (1 pt)</th><th>STRESS MODERADO (2 pts)</th><th>STRESS ELEVADO (3 pts)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Febre</td><td>Sem febre</td><td>>37,2 e <38,3°C</td><td>≥38,3 e <38,8°C</td><td>≥38,8°C</td></tr><tr><td>Duração da febre</td><td>Sem febre</td><td><72 horas</td><td>72 horas</td><td>>72 horas</td></tr><tr><td>Corticosteróides</td><td>Sem corticoterapia</td><td>Dose baixa (<10mg equi-val. prednisona/dia)</td><td>Dose moderada (≥10 e <30mg equi-val. prednisona/dia)</td><td>Dose elevada (≥30mg equi-val. prednisona/dia)</td></tr></tbody></table> Pontuação da Folha de Trabalho 3 <input type="checkbox"/> C		SEM STRESS (0 pts)	BAIXO STRESS (1 pt)	STRESS MODERADO (2 pts)	STRESS ELEVADO (3 pts)	Febre	Sem febre	>37,2 e <38,3°C	≥38,3 e <38,8°C	≥38,8°C	Duração da febre	Sem febre	<72 horas	72 horas	>72 horas	Corticosteróides	Sem corticoterapia	Dose baixa (<10mg equi-val. prednisona/dia)	Dose moderada (≥10 e <30mg equi-val. prednisona/dia)	Dose elevada (≥30mg equi-val. prednisona/dia)	Folha de Trabalho 4 - Exame físico O exame físico inclui uma avaliação subjetiva de 3 aspetos da composição corporal: músculo, gordura e fluidos. Uma vez que é subjetivo, cada item deste exame é cotado pelo grau de défice. Embora subjetivo, o impacto do défice muscular é superior ao da gordura. Definição das categorias: 0 = sem défice, 1+ = défice ligeiro, 2+ = défice moderado, 3+ = défice grave. A pontuação do défice destes três aspetos não é somatória mas é usada para determinar clinicamente o grau global de défice (ou de edema). <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Sem défice</th><th>Défice ligeiro</th><th>Défice mod.</th><th>Défice grave</th></tr></thead><tbody><tr><td>Estado do compartimento muscular:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Região temporal (músculos temporais)</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Clavículas (peitorais e deltóides)</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Ombros (deltóides)</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Músculos interosseos</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Omooplata (latissimus dorsi, trapézio, deltóide)</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Coxa (quadríceps)</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Gêmeos (gastrocnemius)</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Classificação do estado muscular global</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Reservas de gordura:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Gordura periorbitária</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Prega tricipital</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Gordura adjacente às costelas inferiores</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Classificação do défice global de gordura</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Estado de fluidos:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Edema do tornozelo</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Edema do sacro</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Ascite</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr><tr><td>Classificação do estado de fluidos global</td><td>0</td><td>1+</td><td>2+</td><td>3+</td></tr></tbody></table> <p>O impacto do défice muscular prevalece sobre o da gordura e o edema.</p> <p>A pontuação do exame físico é determinada pela classificação subjetiva global do défice corporal.</p> <p>Sem défice = 0 pontos Défice ligeiro = 1 ponto Défice moderado = 2 pontos Défice grave = 3 pontos</p> Pontuação da Folha de Trabalho 4 <input type="checkbox"/> D		Sem défice	Défice ligeiro	Défice mod.	Défice grave	Estado do compartimento muscular:					Região temporal (músculos temporais)	0	1+	2+	3+	Clavículas (peitorais e deltóides)	0	1+	2+	3+	Ombros (deltóides)	0	1+	2+	3+	Músculos interosseos	0	1+	2+	3+	Omooplata (latissimus dorsi, trapézio, deltóide)	0	1+	2+	3+	Coxa (quadríceps)	0	1+	2+	3+	Gêmeos (gastrocnemius)	0	1+	2+	3+	Classificação do estado muscular global	0	1+	2+	3+	Reservas de gordura:					Gordura periorbitária	0	1+	2+	3+	Prega tricipital	0	1+	2+	3+	Gordura adjacente às costelas inferiores	0	1+	2+	3+	Classificação do défice global de gordura	0	1+	2+	3+	Estado de fluidos:					Edema do tornozelo	0	1+	2+	3+	Edema do sacro	0	1+	2+	3+	Ascite	0	1+	2+	3+	Classificação do estado de fluidos global	0	1+	2+	3+
	SEM STRESS (0 pts)	BAIXO STRESS (1 pt)	STRESS MODERADO (2 pts)	STRESS ELEVADO (3 pts)																																																																																																																					
Febre	Sem febre	>37,2 e <38,3°C	≥38,3 e <38,8°C	≥38,8°C																																																																																																																					
Duração da febre	Sem febre	<72 horas	72 horas	>72 horas																																																																																																																					
Corticosteróides	Sem corticoterapia	Dose baixa (<10mg equi-val. prednisona/dia)	Dose moderada (≥10 e <30mg equi-val. prednisona/dia)	Dose elevada (≥30mg equi-val. prednisona/dia)																																																																																																																					
	Sem défice	Défice ligeiro	Défice mod.	Défice grave																																																																																																																					
Estado do compartimento muscular:																																																																																																																									
Região temporal (músculos temporais)	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Clavículas (peitorais e deltóides)	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Ombros (deltóides)	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Músculos interosseos	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Omooplata (latissimus dorsi, trapézio, deltóide)	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Coxa (quadríceps)	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Gêmeos (gastrocnemius)	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Classificação do estado muscular global	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Reservas de gordura:																																																																																																																									
Gordura periorbitária	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Prega tricipital	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Gordura adjacente às costelas inferiores	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Classificação do défice global de gordura	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Estado de fluidos:																																																																																																																									
Edema do tornozelo	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Edema do sacro	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Ascite	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Classificação do estado de fluidos global	0	1+	2+	3+																																																																																																																					
Folha de Trabalho 5 - Categorias de avaliação global da PG-SGA A Avaliação Global é subjetiva e pretende refletir uma apreciação qualitativa das Caixas 1-4 e da Folha de Trabalho 4 (Exame Físico). Assinale em cada item e, conforme os resultados obtidos, selecione o Estádio (A, B ou C). <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> ESTÁDIO A</td><td><input type="checkbox"/> ESTÁDIO B</td><td><input type="checkbox"/> ESTÁDIO C</td></tr><tr><td>Bem nutrido</td><td>Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição</td><td>Gravemente desnutrido</td></tr></table> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>ESTÁDIO A</th><th>ESTÁDIO B</th><th>ESTÁDIO C</th></tr></thead><tbody><tr><td>Peso</td><td>Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)</td><td>≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva</td><td>>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva</td></tr><tr><td>Ingestão alimentar</td><td>Sem défice OU melhoria recente significativa</td><td>Diminuição clara da ingestão</td><td>Diminuição grave da ingestão</td></tr><tr><td>Sintomas com impacto nutricional</td><td>Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada</td><td>Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)</td><td>Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)</td></tr><tr><td>Capacidade funcional</td><td>Sem défice OU melhoria recente significativa</td><td>Défice funcional moderado OU deterioração recente</td><td>Défice funcional grave OU deterioração recente significativa</td></tr><tr><td>Exame físico</td><td>Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente</td><td>Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea</td><td>Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)</td></tr></tbody></table>		<input type="checkbox"/> ESTÁDIO A	<input type="checkbox"/> ESTÁDIO B	<input type="checkbox"/> ESTÁDIO C	Bem nutrido	Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição	Gravemente desnutrido		ESTÁDIO A	ESTÁDIO B	ESTÁDIO C	Peso	Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)	≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	Ingestão alimentar	Sem défice OU melhoria recente significativa	Diminuição clara da ingestão	Diminuição grave da ingestão	Sintomas com impacto nutricional	Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Capacidade funcional	Sem défice OU melhoria recente significativa	Défice funcional moderado OU deterioração recente	Défice funcional grave OU deterioração recente significativa	Exame físico	Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente	Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea	Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)																																																																																										
<input type="checkbox"/> ESTÁDIO A	<input type="checkbox"/> ESTÁDIO B	<input type="checkbox"/> ESTÁDIO C																																																																																																																							
Bem nutrido	Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição	Gravemente desnutrido																																																																																																																							
	ESTÁDIO A	ESTÁDIO B	ESTÁDIO C																																																																																																																						
Peso	Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)	≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva																																																																																																																						
Ingestão alimentar	Sem défice OU melhoria recente significativa	Diminuição clara da ingestão	Diminuição grave da ingestão																																																																																																																						
Sintomas com impacto nutricional	Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)																																																																																																																						
Capacidade funcional	Sem défice OU melhoria recente significativa	Défice funcional moderado OU deterioração recente	Défice funcional grave OU deterioração recente significativa																																																																																																																						
Exame físico	Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente	Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea	Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)																																																																																																																						

Avaliação Global Subjetiva – Preenchida pelo Doente (PG-SGA). Traduzido, adaptado e validado para população portuguesa de Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment PG-SGA (O'Dr. O'tterry, 2005, 2006, 2009) Portugal 15-003 v07.17.15, com permissão e colaboração de Dr. Faith O'tterry, MD, PhD. Email: info@pg-sga.org

Assinatura do clínico: _____ Data: ____/____/____

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment
[Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente]
PG-SGA

História: As caixas 1-4 foram feitas para serem preenchidas pelo doente.
 [As caixas 1-4 constituem a versão PG-SGA Short Form]

1. Peso:

Resumo do meu peso atual e recente:

Atualmente peso cerca de _____ kg

A minha altura é _____ cm

Há 1 mês pesava cerca de _____ kg

Há 6 meses pesava cerca de _____ kg

Durante as duas últimas semanas o meu peso:

☐ diminuiu ⁽¹⁾ ☐ ficou igual ⁽⁰⁾ ☐ aumentou ⁽⁰⁾

Caixa 1 ☐

Indicar somatório (Ver folha de trabalho 1)

3. Sintomas: Durante as duas últimas semanas, tenho tido problemas que me impediram de comer o suficiente (**assinalar todos os aplicáveis**):

- ☐ não tive problemas em comer ⁽⁰⁾ ☐ não tive apetite, não me apeteceu comer ⁽³⁾ ☐ vômitos ⁽³⁾
☐ náuseas (enjoo) ⁽¹⁾ ☐ diarreia ⁽³⁾
☐ obstipação (prisão de ventre) ⁽¹⁾ ☐ boca seca ⁽¹⁾
☐ feridas na boca ⁽²⁾ ☐ os cheiros incomodam-me ⁽³⁾
☐ alimentos têm agora um sabor estranho ou não têm sabor ⁽¹⁾ ☐ sinto-me cheio depressa ⁽¹⁾
☐ dificuldades em engolir ⁽²⁾ ☐ cansaço (fadiga) ⁽¹⁾
☐ dor; onde? ⁽³⁾ _____
☐ outros*: ⁽¹⁾ _____

*ex. depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.

Caixa 3 ☐

Indicar somatório

Identificação do doente:

2. Ingestão alimentar: No último mês, comparando com o habitual, eu classificaria a minha alimentação como:

- ☐ igual ⁽⁰⁾
☐ mais que o habitual ⁽⁰⁾
☐ menos que o habitual ⁽¹⁾
 Eu agora como:
☐ comida normal mas em menor quantidade ⁽¹⁾
☐ poucos alimentos sólidos ⁽²⁾
☐ apenas alimentos líquidos ⁽³⁾
☐ apenas suplementos nutricionais ⁽³⁾
☐ muito pouca quantidade de qualquer alimento ⁽⁴⁾
☐ apenas alimentação por sonda ou pela veia ⁽⁰⁾

Caixa 2 ☐

Indicar valor mais alto

4. Atividades e capacidade funcional:

Relativamente ao mês passado, eu classificaria a minha atividade como:

- ☐ normal sem limitações e sou capaz de fazer a minha vida diária ⁽⁰⁾
☐ não estou normal, mas sou capaz de fazer grande parte das minhas atividades diárias habituais ⁽¹⁾
☐ não me sinto capaz de realizar a maioria das minhas atividades e fico na cama ou sentado menos de metade do dia ⁽²⁾
☐ sou capaz de realizar poucas atividades e passo a maior parte do dia na cama ou sentado ⁽³⁾
☐ passo a maior parte do tempo na cama ⁽³⁾

Caixa 4 ☐

Indicar valor mais alto

O restante questionário será preenchido pelo seu nutricionista, médico ou enfermeiro. Obrigado.

Somatório das caixas 1 a 4

☐ A

©FD Otery 2005, 2006, 2015 v03.22.15

Portugal 15-003 v07.17.15

Email: faithotteryvmdphd@aol.com ou info@pt-global.org

Apêndice XIV: Avaliação de Risco Nutricional do Hospital de Dia
de Hematologia do Hospital A

Avaliação de Risco Nutricional do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital A

A escala de risco nutricional utilizada no hospital de dia do Hospital A é a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Todos os enfermeiros possuem o link no sistema informático, na pasta partilhada: <http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must-calculator>

The screenshot shows a web browser window with the URL www.bapen.org.uk/screening-and-must/must-calculator. The page title is "Please select which method of nutritional screening is to be used:". Below this, there is a section titled "Objective Measurements" with a dropdown arrow. Inside this section, there is a instruction: "Complete all relevant fields and click/tap the 'show results' button." and a "Clear all values" button. The form contains four input fields: "Current weight (Metric)" with a unit selector (kg), "Current height (Metric)" with a unit selector (m), "Weight 3-6 months ago (Metric)" with a unit selector (kg), and "Acute disease effect (ADE)**" with a dropdown menu (ADE). To the right of the ADE dropdown is a note: "**Acute Disease Effect (ADE) - select yes if acutely ill and if there has been or is likely to be no nutritional intake for more than 5 days. Note that ADE is unlikely to occur outside hospital." Below the input fields is a "Show results" button. At the bottom of the "Objective Measurements" section, there is a paragraph of text: "It is recommended that objective measurements of height, weight, and weight loss are used whenever possible. If you have been unable to measure height you can use the calculator at the bottom of this page to estimate height from the ulna length. However, if actual measurements are not available or reliable and realistic self-reported values cannot be obtained, subjective criteria can be used to inform judgment and establish a malnutrition category." Below this text is a section titled "Subjective Criteria" with a dropdown arrow.

Figura 1 – Écran do link para avaliação do risco nutricional.

Basta preencher os itens pedidos: o peso atual, altura e peso que apresentava há 3 - 6 meses atrás, se o doente se encontra gravemente doente ou não, se houve ou é provável que não haja ingestão nutricional por mais de 5 dias. Com o preenchimento destes itens, automaticamente nos é indicado o valor de IMC (índice de massa corporal) e se o risco nutricional é baixo, moderado ou elevado.

Current weight (Metric) kg Imperial Metric

Current height (Metric) m Imperial Metric

Weight 3-6 months ago (Metric) kg Imperial Metric

Acute disease effect (ADE)** **Acute Disease Effect (ADE) - select yes if acutely ill and if there has been or is likely to be no nutritional intake for more than 5 days. Note that ADE is unlikely to occur outside hospital.

To enter data for another individual please reset the tool using the button below.

[Reset tool](#)

BMI: **31.6 kg/m²** BMI Score: **0** Weight Loss: **0.0%**

Weight Loss Score: **0** Acute Disease Score: **0** Total Score: **0**

Risk Category: LOW

Figura 2 – Écran do link para avaliação de risco nutricional devidamente preenchido.

Desta forma, o enfermeiro, regista todos estes dados no processo informático do doente, bem como o valor do IMC, o score obtido e o respetivo risco nutricional que o doente apresenta.

Para além deste link, também têm um documento de classificação da OMS (Organização Mundial de Saúde) de acordo com o IMC:

IMC	Classificação
< 18,5	Abaixo do peso ideal
18,5 – 25	Peso normal
25 – 30	Excesso de peso
30 – 35	Obesidade (grau I)
35 – 40	Obesidade (grau II)
> 40	Obesidade (grau III)

Tabela 1: Classificação do status nutricional de acordo com a OMS.

Tabela esta que terá sido adaptada da seguinte, de acordo com a OMS (2017):

IMC	Classificações
Menor do que 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Excesso de peso
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
Maior ou igual a 40,0	Obesidade classe III

Tabela 2: Classificação segundo a OMS a partir do IMC, disponível em:

<https://brainly.com.br/tarefa/8577941>

Assim também é realizado o registo de acordo com a OMS, por exemplo, IMC de 31,6, segundo a OMS o doente encontra-se em obesidade classe I.

Esta avaliação é realizada em todas as consultas e monitorizada a perda ou ganho de peso no decorrer dos tratamentos.

Se a avaliação de MUST obtiver um score superior a 2 o doente é encaminhado para a dietista. Este encaminhamento também é realizado se o doente, mesmo com os conselhos alimentares que a equipa de enfermagem disponibiliza se encontrar com dificuldades em manter uma alimentação equilibrada e variada. É realizado um contacto telefónico para a dietista a pedir marcação de consulta para o doente em questão.

Apêndice XV: Caracterização do Hospital de Dia de Oncologia
do Hospital B

Caracterização do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B

O Hospital B iniciou a sua atividade em 1995 e, atualmente serve uma comunidade de cerca de 600 mil habitantes, abrangendo dois dos concelhos mais populosos do nosso país.

Por sua vez, o Hospital de Dia de Oncologia (HDO) entrou em funcionamento em 1996 e situa-se no piso 2 da torre A.

É um serviço de ambulatório dirigido ao doente oncológico e a sua atividade cinge-se sobretudo na administração de quimioterapia e consultas de oncologia. Tendo como missão “prestar com qualidade, eficiência e satisfação de cuidados médicos e de enfermagem oncológicos adequados às necessidades da população e promover o ensino e a investigação na área de oncologia” (Parreira & Santos, 2015, p. 4).

O HDO, com horário de funcionamento das 8h00 às 20h00 em dias úteis, acolhe doentes do foro oncológico (tumores sólidos) para a realização de terapêutica antineoplásica sistémica (endovenosa, subcutânea e intramuscular), incluindo imunoterapia e hormonoterapia e doentes vindos da consulta de oncologia que necessitem de cuidados de enfermagem. Em relação à terapêutica oral, esta é fornecida na farmácia hospitalar, no entanto é realizada uma consulta de enfermagem de 1ª vez e follow up telefónico subsequente.

Para além dos cuidados referidos, existem outros programas de suporte ao doente oncológico e família, nomeadamente a linha de atendimento telefónico após o horário de funcionamento. Esta linha telefónica é assegurada por um enfermeiro do HDO, escalado para o efeito, para controlo sintomático, apoio técnico, apoio emocional, esclarecimento de dúvidas e possível encaminhamento para um serviço de urgência, se for necessário. Este suporte é uma mais valia para os doentes e suas famílias, uma vez que é realizada uma avaliação e triagem da situação e o seu correto encaminhamento.

De acordo com dados fornecidos pela Sra. Enf.^a Chefe do Serviço e, de acordo com o relatório de contas da instituição (2017), houve um decréscimo do número de sessões de quimioterapia no ano de 2016 (6078) face ao ano de 2015 (7788).

A estrutura física do serviço apresenta uma forma geométrica de um “L” e divide-se em: um gabinete de secretariado, um arquivo de processos internos, uma

sala de espera, um gabinete para o Enfermeiro Chefe (Responsável do HDO), oito gabinetes médicos, uma rouparia, uma sala de sujos, 2 casas de banho para os doentes, um armazém de material clínico, uma sala de reuniões, uma sala de enfermagem (onde se realizam as consultas de enfermagem e de dietética) e uma sala para a administração de terapêutica, vulgarmente conhecida como sala de tratamentos. É no espaço físico do HDO que se encontra sediada a Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos.

A sala de tratamentos, onde predominantemente se realiza a administração de quimioterapia é composta por 13 cadeirões, 11 dos quais são destinados à administração de quimioterapia endovenosa, um reservado para extras e/ou urgências (que se encontra mais resguardado) e, por último um cadeirão destinado principalmente para administração de injetáveis curtos (subcutâneos ou intramusculares), manutenção de cateteres venosos centrais totalmente implantados (vulgarmente conhecidos por implantofix®) e desadaptações de infusores elastométricos (conhecidos por DIB). Todos os doentes podem permanecer acompanhados por uma pessoa significativa.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos oncologistas (nove), assistentes operacionais (duas com horários desfasados), administrativos (quatro), assistente social (mediante contacto prévio), farmácia (2 farmacêuticos em estreita colaboração), dietista (consulta no HDO todas as quintas-feiras) e voluntariado (duas voluntárias por dia, que normalmente são responsáveis pela distribuição da alimentação aos doentes).

A equipa de enfermagem é constituída por nove enfermeiros, incluindo a Sra. Enf.^a Chefe, que não se encontra presente fisicamente no HDO, uma vez que partilha a chefia com o Hospital de Dia de Especialidades Médicas. Desta forma, existe um enfermeiro responsável do serviço que tem a responsabilidade da gestão do mesmo e os contactos telefónicos instituídos.

Assim, são sete os enfermeiros que asseguram os cuidados na sala de tratamentos, com horários desfasados.

Existe um médico de urgência escalado que dá apoio ao serviço.

Os protocolos de quimioterapia são enviados para a farmácia hospitalar por um administrativo escalado para o efeito, sendo este que também tem a função de marcar

os tratamentos e de providenciar os processos clínicos em suporte de papel no dia anterior do tratamento, onde está inserido o protocolo terapêutico.

Relativamente a protocolos do serviço relacionados com a alimentação são inexistentes. Existe apenas um livro com receitas para o doente oncológico. Porém, existe uma estreita relação entre a equipa de enfermagem e o dietista afeto ao HDO.

A equipa de enfermagem avalia, na primeira consulta de enfermagem, o risco nutricional de cada doente através da escala de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), existindo uma folha própria para o efeito.

Os registos de enfermagem são realizados informaticamente pela aplicação Sorian, que se baseia no Modelo Teórico de Nancy Roper, nas Atividades de Vida Diária. Porém, os registos para o HDO ainda não se encontram parametrizados tendo em conta este Modelo.

Referências Bibliográficas

Parreira, S. & Santos, R. (2015). Manual de Acolhimento e Integração ao Enfermeiro Recém-Admitido no HDO. Portugal: Hospital B.

Relatório de Contas de 2016 do Hospital B. (2017). Portugal. Acedido em: 2018/01/09.

Disponível em:

http://xxx.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/06/Relatorio_Contas_2016.pdf

Apêndice XVI: Jornal de Aprendizagem

Jornal de Aprendizagem

A importância da comunicação terapêutica à pessoa submetida a quimioterapia

A reflexão apresenta-se como uma ferramenta vital para a aprendizagem enquanto seres humanos. Ao refletirmos sobre o que fazemos, como fazemos, como deveríamos ter feito, o que sentimos ao fazer determinada tarefa são questões fundamentais para evoluirmos.

Transpondo a reflexão para a enfermagem denominamo-la como prática reflexiva e, esta, atualmente tem assumido um papel preponderante na capacitação de estudantes de enfermagem e de enfermeiros na aquisição de novos saberes, novas práticas, assumindo um papel extremamente importante (Santos & Fernandes, 2004).

A enfermagem abre caminho para a reflexão e análise crítica das situações vivenciadas pelos profissionais, pelo que os estágios são momentos extremamente enriquecedores para colocar em prática esta realidade.

O ciclo de Gibbs (1998) permite orientar a reflexão para uma prática clínica orientada e contempla seis etapas: descrição da situação, pensamentos e sentimentos experienciados, avaliação da situação, análise da situação, conclusão e o planejamento da ação.

Desta forma, como jornal de aprendizagem, utilizando o Ciclo de Gibbs apresento uma reflexão crítica sobre uma situação vivenciada em contexto de estágio.

Descrição da Situação:

A situação que passo a descrever ocorreu no meu terceiro campo de estágio e remete-se a uma experiência vivenciada enquanto enfermeira estudante mas que me fez refletir muito enquanto profissional e no que acontece no meu contexto de trabalho.

Enquanto estava na sala de tratamentos a realizar as minhas entrevistas foi chamada uma senhora para administração de quimioterapia. Eu estava no lado oposto da entrada da sala e entra a senhora que logo me reconheceu e me esboçou um sorriso. Esta senhora, D^a Júlia (nome fictício), tem como diagnóstico neoplasia do pâncreas e este seria o segundo tratamento com protocolo semanal de gemcitabina

que iria realizar. Na semana anterior eu tinha estado presente na consulta de enfermagem e na realização do tratamento.

Quando vi a D^a Júlia apercebi-me que algo a inquietava, o seu fâcies triste era representativo de que algo não estava bem, no entanto como me encontrava com outro doente não consegui dirigir-me logo a ela.

Apercebi-me que a enfermeira responsável pela D^a Júlia, que ainda não a conhecia, fez o seu acolhimento na sala e encaminhou-a para o respetivo cadeirão. Falou com ela por breves minutos, avaliou sinais vitais, punccionou-a, colocou o tratamento em curso e dirigiu-se para a secretária para realizar os registos de enfermagem. Continuei a observar a doente, o seu fâcies permaneceu triste.

Quando tive disponibilidade dirigi-me à enfermeira responsável pela D^a Júlia, no sentido de averiguar o que se passava com a doente, pelo que questionei se tinha passado bem durante a semana e se apresentou muitos sintomas secundários ao tratamento. A enfermeira respondeu-me que a doente apenas tivera nauseada nos primeiros dias após o tratamento e nada mais. No entanto, continuei a insistir referindo que achava que algo preocupava a D^a Júlia, que denotava alguma tristeza no seu fâcies e a enfermeira respondeu-me que seria normal a doente estar triste, ninguém fica contente em vir realizar quimioterapia mas que lhe tinha questionado se estava tudo bem e ela assentiu de forma afirmativa.

Dirigi-me à D^a Júlia cumprimentando-a e pedindo desculpas por não estar disponível no momento em que entrou na sala. Perguntei-lhe como estava, se tinha apresentado sintomas relacionados com o tratamento, ao qual me respondeu efetivamente que tinha apresentado náuseas nos primeiros dias após a quimioterapia. Forneci alguns conselhos alimentares para minimizar esse e outros sintomas relacionados com a alimentação. A conversa foi fluindo até que lhe perguntei se tinha vindo sozinha. Respondeu-me que não, que o genro a acompanhou até ao serviço mas que teria que tratar de uns assuntos e depois iria buscá-la no fim do tratamento. Ao pronunciar estas palavras o seu fâcies ainda ficou mais triste, e reparei que os seus olhos ficaram com lágrimas, pelo que fiz silêncio de forma a dar espaço e que esta pudesse recuperar para podermos continuar.

Assim, continuámos a conversa, mas desta vez sentei-me junto dela e coloquei a minha mão no seu braço. Sem ser muito invasiva perguntei-lhe que relativamente à semana passada eu achava-a triste e nesse momento as lágrimas escorreram-lhe

pela cara. Fiz novamente um silêncio e disse-lhe: “diga-me o que a está a preocupar, talvez eu possa ajudar, aliás todos estamos aqui para ajudar”. Começou a falar de que se sentia triste, não só pelo diagnóstico e os tratamentos de quimioterapia, o facto de se encontrar viúva há pouco tempo mas acima de tudo pelo “transtorno” que estava a causar à filha e ao genro. A sua principal preocupação centrava-se na possibilidade de ficar dependente de terceiros e que iria ser um “empecilho” para a sua família mais próxima.

Tentei aprofundar o que a levava a pensar nisso e esta referiu-me que o marido tinha tido um AVC há um ano e que ficou completamente dependente de terceiros. Ela foi a principal cuidadora com o apoio da filha e de cuidados domiciliários pelo que tinha muito receio que isto também lhe acontecesse.

Conversámos durante mais algum tempo e, dentro das minhas capacidades e competências fui tentando acalmar a D^a Júlia, não menosprezando os seus receios e preocupações mas enaltecendo o papel da sua família, o carinho e a preocupação que esta nutre perante a doente (consegui apurar durante a consulta de enfermagem), bem como a importância de vivermos um dia de cada vez, pensando no presente.

Após o término da conversa com a D^a Júlia fui ter com a enfermeira e expliquei-lhe que efetivamente a doente se encontrava com algumas preocupações referentes ao seu futuro. Esta agradeceu-me e registou no processo da doente o que lhe transmiti.

Quando o tratamento terminou e a D^a Júlia se dirigiu para a saída deu-me um abraço apertado e apenas me disse: “Não sei como lhe agradecer, muito obrigado por tudo”.

Pensamentos e Sentimentos:

Com esta situação vivenciei vários pensamentos e sentimentos por diferentes fases, que passo a explicar.

Ao confrontar-me com a atitude passiva da enfermeira e as minhas suspeitas de que algo inquietava a D^a Júlia senti-me frustrada, irritada e no fundo revoltada, ao ponto de pensar “eu conheço a doente, tu não”. Porém, senti-me receosa de ser julgada pela enfermeira, não queria que pensasse que eu estaria a ultrapassar o seu domínio profissional.

Durante a conversa com a D^a Júlia senti uma alegria imensa pelo facto de estar desabafado comigo, sentindo que naquele momento, eu fiz a diferença perante aquela doente, aquela situação, senti-me útil pelas minhas palavras e pela minha presença.

Avaliação:

Esta etapa consiste em descrever o bom e o mau da experiência relativamente à situação descrita.

Como aspetos negativos enumero dois. O primeiro consiste no receio que apresentei ao pensar que a enfermeira me pudesse julgar, pelo facto de estar a entrar no seu campo de atuação. No entanto, considero pessoalmente que foi um ato de egoísmo da minha parte perante a doente, uma vez que ao não tentar esmiuçar as suas preocupações e os seus receios eu estaria a prejudicá-la. Enquanto enfermeira estudante, considero que faço parte da equipa, de forma particular, mas integro a mesma, e uma equipa pode-se definir como um grupo de pessoas que trabalham para o mesmo fim, e o meu papel, para além de adquirir novos conhecimentos também é a partilha dos meus conhecimentos e das minhas experiências profissionais. Tornando-se essencial o trabalho em equipa. Por outro lado, os silêncios que achei pertinente fazer foram demasiado extensos o que pode transparecer insegurança da minha parte. A explicação que encontro para o efeito prende-se com o tempo que estive a pensar no que dizer, de uma forma calma e serena para abordar a situação da melhor maneira, no entanto não me apercebi do tempo que demorei.

Em relação aos aspetos positivos desta situação penso que criei uma relação de confiança com a doente, o facto de estar disponível para a escutar, o toque e o gesto de me sentar ao lado dela, foram fatores preponderantes para que a conversa fluísse e que deram oportunidade para a doente desabafar as suas preocupações.

Estes aspetos, maus e bons, foram fatores contributivos para o meu crescimento pessoal e profissional. Por um lado, os que considerei menos bons terei que os evitar e corrigir, por outro lado os que são bons continuarei a integrá-los na minha conduta profissional.

Análise da Situação:

Esta etapa refere-se ao sentido que podemos encontrar na situação descrita. Indo ao encontro desta premissa, enalteço a importância da comunicação, da relação de confiança entre enfermeiro-doente, da disponibilidade de estar com o outro e do enfermeiro querer “estar” com o doente. De acordo com estes argumentos considero que necessito de aprimorar a comunicação perante os doentes, trabalho este que faço diariamente, e de ser assertiva com os meus pares, não pensando em julgamentos por parte dos mesmos. O processo de autocrítica e a crítica construtiva é algo que considero essencial na enfermagem, uma vez que este processo nos torna melhores profissionais e consequentemente melhores prestadores de cuidados de enfermagem, refletindo-se numa maior satisfação por parte dos nossos doentes. Assumo este processo como parte de um crescimento pessoal e profissional integrando-o no trabalho em equipa. Deste modo, a experiência profissional deve ser partilhada com os pares.

Também considero importante aprimorar a minha assertividade para com os meus pares tendo em conta a minha experiência, conhecimentos e saberes e não dar importância ao que possam pensar e/ou julgar. A comunicação entre pares é extremamente importante, todos aprendemos com as vivências e as experiências dos outros.

Segundo Sequeira (2016, p.2) *“Comunicar é participar, transmitir, falar, estar em comunicação” (...)* Em termos gerais podemos definir a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros”.

Claramente que, em todas as profissões a comunicação está subjacente, no entanto em enfermagem o ato de comunicar torna-se extremamente importante, pelo que não nos podemos cingir a esta definição.

Podemos definir que comunicação em enfermagem é a comunicação entre enfermeiro e doente (e sua família). Esta só se torna eficaz e humanizada quando o enfermeiro se envolve e “(...) acredite que a sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos (...)” (Pontes, Leitão & Ramos, 2008, p.318). Não obstante à importância da realização de procedimentos técnicos, estes devem

estar aliados a uma boa comunicação. A comunicação entre enfermeiro-doente torna-se uma peça fundamental do puzzle para o sucesso do tratamento em doentes oncológicos.

De acordo com a situação descrita, ter-me sentado junto da doente e mostrado disponibilidade, tê-la escutado ativamente e o toque, foram fatores essenciais para a relação de ajuda tendo um resultado significativo para a doente e que a fez desabafar comigo, o que vai ao encontro de Riley (2004, p. 98) quando afirma que “os clientes, sentindo carinho da vossa parte [enfermeiros], estarão mais dispostos a dialogar e a fornecer informações sobre o seu estado de saúde”.

Segundo Chalifour (2008) o enfermeiro deve possuir habilidades que estão intimamente ligadas, que passam por habilidades de comunicar de forma verbal e não verbal e uma habilidade associada ao contacto, que se exprime essencialmente através dos sentidos, o que permite ao enfermeiro reconhecer mensagens conceptuais e afetivas por parte dos doentes.

O enfermeiro tem de ter a capacidade de ser perspicaz na comunicação não verbal, os gestos, a expressão facial, a postura, entre outros, dizem muito das pessoas. De igual forma, os doentes também percebem o que os enfermeiros estão a sentir e qual o grau de empenho nesta relação enfermeiro-doente.

Conclusão:

A conclusão prediz o que mais poderia ter feito perante a situação.

Julgo que perante esta experiência poderia ter sido mais assertiva com a enfermeira no sentido, de que eu conhecia a doente e sabia que na semana anterior o seu fôlego não aparentava tristeza. De forma calma e serena eu poderia ter argumentado as minhas ideias e preocupações e ter-me disponibilizado em ir junto desta aferir se as minhas suspeitas se confirmavam.

Por outro lado os silêncios prolongados da minha parte ao longo da conversa poderiam ter sido encurtados. Os silêncios fazem parte de uma boa comunicação, dando tempo para que a pessoa recupere e possa prosseguir, no entanto poderei ter dado uma ideia errada de insegurança.

Planeamento para Situações Futuras:

Claramente, se voltar a acontecer uma situação idêntica a esta, irei ser assertiva perante as minhas ideias, discutindo em equipa os meus pontos de vista de forma a alcançarmos uma estratégia consensual e a colocarmos em prática tendo como objetivo fulcral o bem-estar do doente.

Relativamente aos silêncios, procurarei mantê-los, quando for necessário mas de uma forma adequada. A comunicação treina-se, portanto o timing dos silêncios também se pode treinar e aprender.

Referências Bibliográficas:

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol 1. Loures. Lusodidacta.

Pontes, A.C., Leitão, I.M. & Ramos, I.C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem* 61(3), 312-318.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência* .11 (março): 59-62.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. (4.^a ed.). Loures. Lusociência.

Apêndice XVII: Consulta de Dietética no Hospital de Dia de
Oncologia do Hospital B

Consulta de Dietética no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital B

A consulta de dietética oncológica funciona todas as quintas feiras à tarde. O dietista afeto ao serviço dirige-se ao hospital de dia e dá consultas no local.

O encaminhamento dos doentes para esta consulta é realizado através de um pedido do médico oncologista ou por parte da equipa de enfermagem do hospital de dia. Como existe uma estreita ligação entre estas especialidades apenas é necessário o administrativo marcar consulta de acordo com a agenda do dietista.

Desde o primeiro contacto com o Dr. A., este mostrou-se bastante disponível e recetivo em receber-me durante as suas consultas. Desde logo, apresentei-me e expus o âmbito do meu projeto, que achou extremamente importante, realçando a importância da equipa de enfermagem na sinalização dos doentes que necessitam de acompanhamento dietético ou nutricional.

Deste modo, assisti a todas as consultas coincidentes com o meu período de estágio, exceto duas quintas-feiras, o que perfaz nove consultas.

Na primeira consulta o Dr. A. explicou-me que a maioria das consultas realizadas a doentes oncológicas se devem a duas razões: a perda de peso durante os tratamentos e o ganho de peso após término de quimioterapia, como por exemplo mulheres com cancro da mama em tratamento com hormonoterapia.

Pelo que pude constatar, a equipa de enfermagem sinaliza estes doentes por perda de peso significativo, através da avaliação da MUST, ou para aconselhamento de estratégias alimentares para minimizar determinados sintomas que os doentes podem apresentar durante a quimioterapia. Sintomas esses que estudo neste projeto.

Na primeira consulta começa por avaliar o diagnóstico do doente, no sentido de perceber o local do tumor, se foi submetido a cirurgia ou a radioterapia, uma vez que estes também são fatores que influenciam a perda de peso do doente.

É realizada uma quantificação da perda de peso, utilizando também como instrumento de avaliação de risco nutricional a MUST. Questiona o doente sobre quantas refeições faz por dia, dos sintomas que apresenta, como passa os seus dias e o seu contexto familiar.

Em seguida é realizada uma dieta individualizada em consonância com o doente, quanto há preferência de determinados alimentos, incluindo todos os nutrientes essenciais, nomeadamente, proteínas, fibras, hidratos de carbono... São

contempladas as três principais refeições, bem como as refeições intercalares entre estas, o meio da manhã, o lanche e a ceia. Para cada refeição, são enumerados vários alimentos, como se se tratasse de uma ementa com oferta de vários pratos, para que o doente possa alternar diariamente as suas refeições.

De acordo com a situação de cada doente são fornecidas várias estratégias e conselhos alimentares. É de realçar que o Dr. A. tenta adaptar todos os alimentos à comunidade que recebe, tendo em consideração a cultura e a situação financeira de cada família, uma vez que existem alguns alimentos caros e em algumas culturas a alimentação é distinta da alimentação mediterrânica, tornando-se essencial esta adaptação de forma a ter os melhores resultados.

Sempre que necessário, o dietista fornece suplementos alimentares, de acordo com a perda de peso, a perda de apetite e consequentemente défice calórico, realçando sempre que estes não substituem as principais refeições.

Para além disso, como referi anteriormente, o Dr. A., para além de realizar uma dieta tendo em conta o objetivo, perda ou ganho de peso, também adapta essa dieta a sintomas que o doente apresenta decorrentes da quimioterapia, sendo eles: náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, disgeusia, diarreia e obstipação, fornecendo alguns conselhos úteis.

A consulta termina com a impressão da dieta e a entrega da mesma ao doente. A partir da primeira consulta é o Dr. A. que decide qual a periodicidade de acompanhamento aos doentes por parte do serviço de dietética.

Em conversas informais, com as consultas que assisti e colaborei e através de documentos fornecidos pelo Dr. A. descrevo em seguida uma lista de conselhos úteis a seguir de forma a minimizar o impacto dos sintomas anteriormente descritos.

1. Náuseas e Vômitos

As náuseas são um dos efeitos secundários mais comuns da quimioterapia. Este sintoma pode ocorrer logo após o tratamento ou dois a três dias depois. Muitos doentes não experienciam este sintoma.

O que é certo é, que quando os doentes experienciam este sintoma pode fazer com que a ingestão de alimentos e consequentemente de nutrientes seja insuficiente para as suas necessidades.

Algumas das estratégias que podem ajudar quando a pessoa experiencia as náuseas passam por:

- Realizar várias refeições por dia e em pequenas quantidades;
- Mastigar bem os alimentos;
- Deve-se evitar comida gordurosa, muito doce, especiarias, ervas aromáticas, comida muito condimentada ou com um odor muito acentuado;
- A sensação de fome pode aumentar a sensação de mal estar, pelo que deve comer antes de sentir fome;
- As refeições devem ser servidas frias ou à temperatura ambiente;
- Deve-se evitar as comidas preferidas, uma vez que posteriormente pode relacionar esses alimentos à sensação de náusea;
- Tentar fazer as refeições num ambiente arejado, sem cheiros ou temperaturas elevadas;
- Evitar ingerir líquidos durante as refeições, deve-se privilegiar a sua ingestão nos intervalos das refeições e em pequena quantidade;
- Antes e depois das refeições, lave a boca com chá, ginger ale ou soro fisiológico;
- Os gelados ou o gelo podem aliviar a sensação de náuseas;
- Em caso de se deitar a seguir à refeição deve permanecer com a cabeceira a 45º pelo menos durante trinta minutos;
- Recomenda-se roupas largas a nível da cintura e do estômago.

2. Anorexia

A perda de apetite é o sintoma mais comum decorrente do tratamento do cancro. Esta pode estar associada à própria doença, bem como com a quimioterapia e, a sua duração pode ser diferente. Em muitos casos segue-se nos primeiros dias ou semanas após o tratamento.

No sentido de minimizar a anorexia podem-se seguir as estratégias abaixo descritas:

- Deve-se optar por realizar várias refeições ao longo do dia e ingerir pequenas quantidades, mastigando bem e lentamente os alimentos;

- Privilegiar sumos de fruta, sopa batida ou batidos de fruta, estes são opções quando não apetecer comida sólida;
- Os gelados são uma boa opção nesta fase, uma vez que são alimentos calóricos e, que mesmo em pequena quantidade fornecem uma quantidade de calorias razoável nesta fase;
- Os doentes deverão ter sempre consigo alimentos fáceis de transportar (bolachas, chocolates, sandes, fruta, leite);
- Nos dias em que não fazem tratamento, os doentes podem experimentar novos alimentos, até aqueles que não apreciam, nesta fase poderão ser saborosos;
- A realização de exercício físico, pequenos passeios ao ar livre, pode estimular o apetite.

3. Mucosite

Privilegiar	Evitar
- A consistência dos alimentos deve ser suave, como a sopa, a canja, os líquidos (leite, chá, iogurte);	- Alimentos secos ou picantes;
- O peixe e a carne devem ser desfiados ou picados;	- Alimentos salgados, pelo que se deve diminuir a quantidade de sal na confeção dos alimentos;
- Os legumes podem ser triturados e apresentados como puré;	- Vegetais frescos crus;
- O arroz deve ser bem cozido;	- Bebidas com gás;
- Alimentos moles ou líquidos como puré, cremes, batidos de fruta, gelados ou pudins;	- Bebidas alcoólicas;
- A fruta deve ser cozida (maçã ou pêra) ou banana madura;	- Bebidas com cafeína (café, chá preto);
- Pode-se confeccionar os alimentos com molhos (uso de manteiga, óleos vegetais, maionese) facilita a ingestão dos alimentos e torna-os mais saborosos;	- Alimentos ácidos, tais como o tomate, o limão e a laranja.
- Os alimentos devem ser ingeridos à temperatura ambiente ou frios.	

4. Disgeusia

A alteração do paladar pode ser afetada pela quimioterapia. Por vezes, alguns alimentos, especialmente a carne, o peixe e os ovos (alimentos ricos em proteínas) podem dar uma sensação de um sabor metálico. Assim como, podem existir alterações a nível do doce, do amargo e do salgado.

De forma a minimizar estas alterações podemos seguir estes conselhos:

- Escolher e preparar as refeições com uma apresentação visualmente atrativa e que lhes sejam saborosas;

- No sentido de melhorar o sabor da carne ou do peixe, pode-se fazer marinadas recorrendo ao uso de sumo de limão, vinho ou vinagre;
- Deve-se incluir especiarias ou ervas aromáticas na confeção das refeições;
- Sempre que possível, confeccionar os alimentos tapados;
- A comida fria ou morna pode ser mais saborosa e conter aromas menos acentuados relativamente à comida quente;
- A carne vermelha (porco, vaca, borrego), por vezes podem causar um sabor ou um cheiro estranho, deve-se substituir por carnes brancas (galinha, frango, peru) ou ovos. Também pode acontecer com o peixe (salmão ou sardinha) e deverá se optar por truta ou lingado, se possível;
- O queijo, o fiambre, a cebola, as especiarias e os molhos são alimentos saborosos, pelo que se poderá incluir na alimentação;
- Quando os alimentos parecem ser muito doces pode-se adicionar sal, sumo de limão ou vinagre. Por outro lado, se sentir que são muito salgados a adição de açúcar ou mel pode ser uma boa estratégia;
- Muitas vezes, pode-se atribuir o sabor metálico ao uso de talheres inox, alumínio ou prata. Se for o caso, pode-se substituir estes talheres por plástico.

5. Diarreia

Alguns fármacos antineoplásicos podem causar diarreia. Eis alguns conselhos que podem ajudar nesta fase:

- Ingerir caldos de carne ou peixe, banana madura, maçã cozida ou assada e batata, são alimentos ricos em sódio e potássio;
- Evitar alimentos ricos em fibra, tais como: legumes verdes, saladas, cereais, frutas cruas (exceto a banana) e sumos de fruta, café, leite, chocolate ou doces;
- De forma a substituir o leite de vaca pode-se optar por iogurte natural ou leite de soja;
- Evitar o consumo de sorbitol, que se encontra em alguns adoçantes;
- Beber muitos líquidos no intervalo das refeições, de forma a compensar a água perdida;
- Comer várias vezes ao dia e em pequena quantidade;
- Evitar alimentos muito quentes ou muito frios.

6. Obstipação

Por outro lado, alguns fármacos utilizados na quimioterapia podem causar obstipação. Antes de recorrer a terapêutica laxante, pode optar por:

- Ingerir pelo menos 1,5L de água por dia (pode ser substituído por chá de ervas);
- Privilegiar alimentos ricos em fibra, tais como: cereais com mais fibra, legumes verdes e saladas, pão integral ou de mistura, frutas, leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, lentilhas, milho) e frutos oleaginosos (amêndoas, amendoins e avelãs);
- Pode-se adicionar sementes de linhaça ou farelo de trigo aos iogurtes;
- Criar horários para ir à casa de banho;
- Ingerir uma bebida quente, por exemplo chá, meia hora antes de ir à casa de banho;
- Praticar exercício físico sempre que possível dentro das suas capacidades e de acordo com o seu médico.

Como referi ao longo deste documento, o objetivo major na maioria dos doentes oncológicos que recorrem à consulta de dietética é o de se alimentarem melhor de forma a ganhar peso.

Todos os conselhos apresentados pelo dietista são discutidos com o doente e sua família, no sentido de serem ou não exequíveis, para que adiram de forma efetiva ao plano alimentar definido. Existem formatos standards elaborados pelo Serviço de Alimentação e Dietética do Hospital B de conselhos a seguir relativamente à alimentação e ao objetivo da consulta, os quais são posteriormente complementados com o plano alimentar definido de forma individual, como se pode ler no anexo 1 e entregue ao doente.

Desde a segunda consulta que assisti, o Dr. A. integrou-me no processo, perguntando-me que conselhos eu daria ao doente e incentivando-me sempre a participar. A presença nestas consultas foi um momento extremamente enriquecedor para mim, uma vez que tive um papel ativo, não sendo apenas uma mera espetadora. Para além disso, contrariamente ao ocorrido no anterior local de estágio, o dietista mostrou uma disponibilidade enorme em partilhar os seus conhecimentos e saberes para comigo enquanto enfermeira, não se sentindo ultrapassado por esta classe. Pelo

contrário, frisou que a equipa de enfermagem tem um papel extremamente importante na sinalização e referenciação dos doentes com potencial risco de desnutrição.

Cada classe profissional possui a sua esfera de atuação, no entanto o objetivo comum é o bem-estar do doente, tornando-se fundamental o trabalho em equipa multidisciplinar.

Referências Bibliográficas:

Documentos Fornecidos pelo Dietista do Hospital B.

Anexo 1

Exemplo de um plano alimentar – Ganho de Peso

DIETOTERAPIA – GANHO DE PESO

Exmo.

De forma a proporcionar um aumento ponderal deverá ser adotada uma ingestão assente nos princípios de uma alimentação saudável, rica em alimentos nutricionalmente completos, incluindo:

- Proteínas de elevado valor biológico
- Gorduras saudáveis
- Hidratos de Carbono complexos

Assim, seguem-se algumas recomendações/sugestões:

- Fracionar as refeições (6 a 8 refeições/dia), não devendo estar mais de 3 horas sem comer. Não saltar refeições;
- Comer num local calmo e mastigar muito bem os alimentos;
- Tirar partido da altura do dia em que sente mais apetite. Por exemplo, se sentir mais fome de manhã, reforce o seu pequeno-almoço;
- Caso não tenha apetite, fazer um exercício físico ligeiro antes da refeição para estimular o apetite e fazer refeições mais ligeiras;
- Caso sinta náuseas com o cheiro dos alimentos, prefira alimentos e bebidas frios;
- Levar sempre consigo alimentos fáceis de transportar como bolachas, pacotes de leite, iogurte, fruta;
- Planear as refeições com antecedência, tentando sempre escolher pratos que aprecie, de acordo com o gosto pessoal;
- Não ingerir líquidos às refeições;
- Pode substituir água por sumos 100% naturais, mais calóricos;
- Utilizar o azeite como única fonte de gordura;
- Iniciar a refeição com sopa que pode ser enriquecida com batata, feijão, grão, massa e/ou arroz;
- Temperar as saladas com azeite e pode adicionar mel, abacate, uvas, marisco, frutos secos, queijo, molho de iogurte;
- Moderar a quantidade de sal e realçar o sabor dos alimentos utilizando condimentos como limão, vinagre, alho, salsa, coentros, louro, pimenta e outras ervas aromáticas. Pode colocar a carne numa marinada para melhorar o seu sabor e textura;

Serviço de Alimentação e Dietética

- Preferir como confeções grelhados, cozidos, assados sem molhos e estufados simples;
- Preparar as papas lácteas com leite em vez de água;
- Pode adicionar mel, farinha láctea, frutos secos, muesli, fruta, cereais, ao leite ou iogurte. Pode reforçar o teor proteico do leite com leite magro em pó;
- Beber 8 copos de água por dia, nos intervalos das refeições. Hidratar-se com água, gelatinas, infusões, gelados à base de água e fruta;
- Praticar exercício físico regularmente, podendo reforçar a alimentação com batidos de leite e fruta (ver receitas), barras energéticas, leite com chocolate.

ALIMENTOS ACONSELHADOS:

- Legumes e leguminosas: na sopa e como acompanhamento.
- Frutas: crua, cozida, puré, batidos, sumos 100%.
- Pão, cereais de pequeno-almoço, farinhas lácteas (Cerelac, Nestum, Maizena).
- Bolachas e tostas: maria, água e sal, integrais, digestivas, aveia. Pode barrar as bolachas e tostas com manteiga e/ou compota.
- Produtos lácteos meio gordos: leite, iogurte, queijo, manteiga, natas.
- Peixes: todos, de preferência peixes ricos em ómega 3 (salmão, sardinha, dourada, robalo, cavala, atum).
- Carnes: galinha (sem pele), peru, porco, vaca, vitela, caça, coelho, cabrito.
- Ovos: 2 vezes por semana.
- Gelatina: Pode adicionar fruta à gelatina.
- Sobremesas doces caseiras: pode optar por utilizar leite e derivados com menor teor de gordura para a confeção de, por exemplo, arroz doce, leite-creme, gelados.

IDEIAS PARA BATIDOS:

- **Batido 1**: 200ml leite MG ou 2 iogurtes MG + 5 bolachas maria ou de aveia + 1 peça de fruta (1 banana ou 1 maçã ou 1 pêra ou ½ manga ou 1 pêsego);
- **Batido 2**: 200ml leite MG ou 2 iogurtes MG + 30-40g farinha láctea (Nestum, Cerelac, Maizena);
- **Batido 3**: 200ml leite MG ou 2 iogurtes MG + 2 peças de fruta + 3 bolachas maria ou de aveia;
- **Batido 4**: 200 ml leite MG ou 2 iogurtes MG + 30-40g farinha láctea + 2 peças de fruta
- **Batido 5**: 200 ml leite MG ou 2 iogurtes MG + 1 colher de sobremesa de mel/compota/geleia + 5 bolachas maria ou de aveia
- **Batido 7**: 200 ml leite MG ou 2 iogurtes MG + 3 c. sopa de cereais (CornFakes, muesli, flocos aveia) + 1 peça de fruta;

Pode adicionar 1 colher de sobremesa de mel e/ou chocolate aos batidos.

Apêndice XVIII: Apresentação do Projeto de Intervenção no
Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C

Projeto de Intervenção

“Intervenções de Enfermagem na Promoção da Alimentação à Pessoa Submetida a Quimioterapia”

O presente projeto surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa que me encontro a frequentar.

O tema deste projeto foi escolhido em função da constante preocupação dos nossos clientes sobre a alimentação enquanto se encontram sob tratamentos de quimioterapia e sobretudo pelo impacto de alguns efeitos secundários decorrentes do tratamento que possam interferir na mesma.

A nutrição assume um papel primordial em Oncologia, tendo influência no desenvolvimento da doença, no decorrer dos tratamentos e na qualidade de vida para o doente oncológico.

De acordo com Bonassa & Santana (2005) os doentes submetidos a quimioterapia devem ser constantemente avaliados do ponto de vista nutricional e esta avaliação não é exclusiva para o início do tratamento, devendo ser realizada regularmente.

A Equipa de Enfermagem assume um papel preponderante na avaliação do risco nutricional dos nossos clientes, pelo que se deve monitorizar periodicamente esse risco, realizar ensinamentos sobre estratégias alimentares a adotar e delinear um plano de cuidados individualizado.

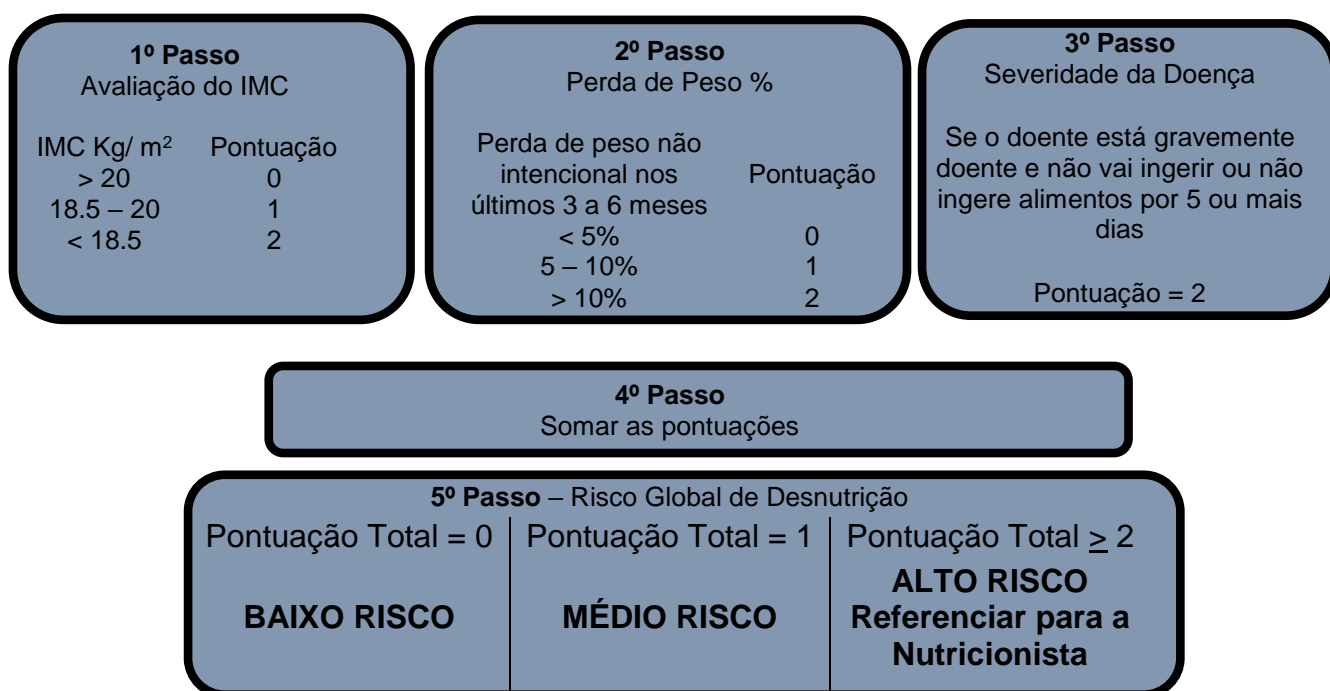
Para a implementação deste projeto tracei os seguintes objetivos:

- 1. Implementar a utilização da escala de avaliação de risco nutricional: “Malnutrition Universal Screening Tool” (MUST)**

A MUST consiste na avaliação de 3 itens: o índice de massa corporal (IMC), perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses e a redução drástica na ingestão nutricional. De acordo com o score obtido, este é convertido num nível de

risco nutricional: baixo, médio e alto. E, consoante esse risco são delineadas intervenções de enfermagem (BAPEN, 2016).

1º Passo – Avaliação do IMC;
2º Passo – Avaliação da percentagem de perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses;
3º Passo – Avaliação da diminuição da ingestão alimentar pela doença;
4º Passo – Soma das pontuações obtidas nos 3 passos anteriores de forma a determinar o risco global de desnutrição;
5º Passo – Intervenções de enfermagem para cada score.



Avaliação de Risco Nutricional - MUST

Periodicidade da avaliação da MUST:

- Consulta de primeira vez
- Mensalmente
- 21/21 dias (nos protocolos de quimioterapia de 21/21 dias)
- SOS

Intervenções de Enfermagem Delineadas:

Baixo Risco:

- Monitorização da Avaliação.

Risco Médio:

- Reforço de ensinios sobre alimentação;
- Plano de cuidados ajustados a cada cliente.

Alto Risco:

- Referenciar cliente à nutricionista.

2. Elaborar um guia de alimentação para a pessoa submetida a quimioterapia

Com este guia pretende-se esclarecer os nossos clientes relativamente a estratégias alimentares que possam adotar de forma a prevenir e/ou minimizar alguns dos efeitos secundários mais comuns da quimioterapia que interferem na alimentação, sendo eles: anorexia, náuseas e vômitos, alteração do paladar (disgeusia) e olfato, mucosite, xerostomia, diarreia e obstipação.

Estes são os 2 objetivos primordiais para a implementação deste projeto, pelo que delineei várias atividades que pretendo realizar tais como:

- ✓ Sessões de formação junto da equipa de enfermagem sobre como aplicar a MUST;

- ✓ Sessões de esclarecimento individualizadas aos clientes/famílias sobre a alimentação;
- ✓ Envolvimento dos clientes/famílias na elaboração de fichas de receitas;
- ✓ Organização de uma sessão de showcooking no Hospital de Dia dirigido aos nossos clientes e familiares, no decorrer da qual realizarei uma ação de esclarecimento sobre a alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.

Propostas/ Necessidades detetadas:

- ✓ Nutricionista afeta ao Hospital C, com presença regular (preferencialmente diária) no Hospital de Dia de Hemato-Oncologia;
- ✓ Parametrização da MUST em Aplicação Glintt.

Referências Bibliográficas:

Bonassa, E. & Santana, M. (2005). *Enfermagem em Terapêutica Oncológica*. 3ª ed. São Paulo. Editora Atheneu

The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (2016). *“MUST” – Português*. Worcester: BAPEN. disponível em:

<https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-exp-bk.pdf>

Apêndice XIX: Folha para a Monitorização da Malnutrition
Universal Screening Tool (MUST)

Hospital C

Hospital de Dia de Hemato – Oncologia

Diagnóstico: _____ Idade: _____
Altura (cm): _____ Peso Atual (Kg): _____ Peso habitual (Kg): _____

Etiqueta do doente

Avaliação Nutricional - MUST

1º Passo

Avaliação do IMC

IMC Kg/ m ²	Pontuação
> 20	0
18.5 – 20	1
< 18.5	2

Ver nas tabelas em anexo

2º Passo

Perda de Peso %

Perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses	Pontuação
< 5%	0
5 – 10%	1
> 10%	2

Ver nas tabelas em anexo

3º Passo

Severidade da Doença

Se o doente está gravemente doente e não vai ingerir ou não ingere alimentos por 5 ou mais dias

Pontuação = 2

4º Passo

Somar as pontuações

5º Passo – Risco Global de Desnutrição

Pontuação Total = 0	Pontuação Total = 1	Pontuação Total ≥ 2
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO Referenciar para a Nutricionista

Data:							
Peso:							
IMC							
% Perda de Peso:							
Severidade da Doença:							
Score MUST:							
Enfermeiro:							

1º Passo – Cálculo de Índice de Massa Corporal (BAPEN, 2016)

Índice de Massa Corporal (IMC)			
Altura (cm)	Peso (Kg)		
1.46	< 39.5	39.5 – 42.6	> 42.7
1.47	< 40.0	40.0 – 43.2	> 43.2
1.48	< 40.6	40.6 – 43.8	> 43.8
1.49	< 41.1	41.1 – 44.4	> 44.4
1.50	< 41.7	41.7 – 44.9	> 44.9
1.51	< 42.2	42.2 – 45.6	> 45.6
1.52	< 42.8	42.8 – 46.2	> 46.2
1.53	< 43.4	43.4 – 46.8	> 46.8
1.54	< 43.9	43.9 – 47.4	> 47.4
1.55	< 44.5	44.5 – 48.0	> 48.0
1.56	< 45.1	45.1 – 48.6	> 48.6
1.57	< 45.6	45.6 – 49.2	> 49.2
1.58	< 46.2	46.2 – 49.9	> 49.9
1.59	< 46.8	46.8 – 50.5	> 50.5
1.60	< 47.4	47.4 – 51.1	> 51.1
1.61	< 48.0	48.0 – 51.8	> 51.8
1.62	< 48.6	48.6 – 52.4	> 52.4
1.63	< 49.2	49.2 – 53.1	> 53.1
1.64	< 49.8	49.8 – 53.7	> 53.7
1.65	< 50.4	50.4 – 54.4	> 54.4
1.66	< 51.0	51.0 – 55.1	> 55.1
1.67	< 51.6	51.6 – 55.7	> 55.7
1.68	< 52.3	52.3 – 56.4	> 56.5
1.69	< 52.9	52.9 – 57.1	> 57.1
1.70	< 53.5	53.5 – 57.7	> 57.7
1.71	< 54.1	54.1 – 58.4	> 58.4
1.72	< 54.8	54.8 – 59.1	> 59.1
IMC	< 18.5	18.5 - 20	> 20
Pontuação	2	1	0

Índice de Massa Corporal (IMC)			
Altura (cm)	Peso (Kg)		
1.73	< 55.4	55.4 – 59.8	> 59.8
1.74	< 56.1	56.1 – 60.5	> 60.5
1.75	< 56.7	56.7 – 61.2	> 61.2
1.76	< 57.4	57.4 – 61.9	> 61.9
1.77	< 58.0	58.0 – 62.6	> 62.6
1.78	< 58.7	58.7 – 63.3	> 63.3
1.79	< 59.3	59.3 – 64.0	> 64.0
1.80	< 60.0	60.0 – 64.3	> 64.3
1.81	< 60.7	60.7 – 65.5	> 65.5
1.82	< 61.3	61.3 – 66.2	> 66.2
1.83	< 62.0	62.0 – 66.9	> 66.9
1.84	< 62.7	62.7 – 67.7	> 67.7
1.85	< 63.4	63.4 – 68.4	> 68.4
1.86	< 64.1	64.1 – 69.1	> 69.1
1.87	< 64.7	64.7 – 69.9	> 69.9
1.88	< 65.4	65.4 – 70.6	> 70.6
1.89	< 66.1	66.1 – 71.4	> 71.4
1.90	< 66.8	66.8 – 72.1	> 72.1
1.91	< 67.5	67.5 – 72.9	> 72.9
1.92	< 68.2	68.2 – 73.7	> 73.7
1.93	< 69.0	69.0 – 74.4	> 74.4
1.94	< 69.7	69.7 – 75.2	> 75.2
1.95	< 70.4	70.4 – 76.0	> 76.0
1.96	< 71.1	71.1 – 76.8	> 76.8
1.97	< 71.8	71.8 – 77.6	> 77.6
1.98	< 72.6	72.6 – 78.4	> 78.4
1.99	< 73.3	73.3 – 79.2	> 79.2
IMC	< 18.5	18.5 - 20	> 20
Pontuação	2	1	0

Fonte: <http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must-calculator>

2º Passo - Tabelas de Perda de Peso Segundo BAPEN (2016)

Peso Atual (Kg)	Inferior a (Kg)	Entre (Kg)	Mais de (Kg)
40	2.2	2.1 – 4.4	4.4
41	2.2	2.2 – 4.6	4.6
42	2.2	2.2 – 4.7	4.7
43	2.3	2.3 – 4.8	4.8
44	2.3	2.3 – 4.9	4.9
45	2.4	2.4 – 5.0	5.0
46	2.4	2.4 – 5.1	5.1
47	2.5	2.5 – 5.2	5.2
48	2.5	2.5 – 5.3	5.3
49	2.6	2.6 – 5.4	5.4
50	2.6	2.6 – 5.6	5.6
51	2.7	2.7 – 5.7	5.7
52	2.7	2.7 – 5.8	5.8
53	2.8	2.8 – 5.9	5.9
54	2.8	2.8 – 6.0	6.0
55	2.9	2.9 – 6.1	6.1
56	2.9	2.9 – 6.2	6.2
57	3.0	3.0 – 6.3	6.3
58	3.1	3.1 – 6.4	6.4
59	3.1	3.1 – 6.6	6.6
60	3.2	3.2 – 6.7	6.7
61	3.2	3.2 – 6.8	6.8
62	3.3	3.3 – 6.9	6.9
63	3.3	3.3 – 7.0	7.0
64	3.4	3.4 – 7.1	7.1
65	3.4	3.4 – 7.2	7.2
66	3.5	3.5 – 7.3	7.3
67	3.5	3.5 – 7.4	7.4
68	3.6	3.6 – 7.6	7.6
69	3.6	3.6 – 7.7	7.7
70	3.7	3.7 – 7.8	7.8
71	3.7	3.7 – 7.9	7.9
72	3.8	3.8 – 8.0	8.0
73	3.8	3.8 – 8.1	8.1
74	3.9	3.9 – 8.2	8.2
75	3.9	3.9 – 8.3	8.3
76	4.0	4.1 – 8.6	8.6
77	4.1	4.1 – 8.6	8.7
78	4.1	4.1 – 8.6	8.7
79	4.2	4.2 – 8.7	8.8
80	4.2	4.2 – 8.9	8.9
81	4.3	4.3 – 9.0	9.0
82	4.3	4.3 – 9.1	9.1
83	4.4	4.4 – 9.2	9.2
84	4.4	4.4 – 9.3	9.3
85	4.5	4.5 – 9.4	9.4
Perda de Peso	< 5%	5 – 10%	> 10%
Pontuação	0	1	2

Peso Atual (Kg)	Inferior a (Kg)	Entre (Kg)	Mais de (Kg)
86	4.5	4.5 – 9.6	9.6
87	4.6	4.6 – 9.7	9.7
88	4.6	4.6 – 9.8	9.8
89	4.7	4.7 – 9.9	9.9
90	4.7	4.7 – 10.0	10.0
91	4.8	4.8 – 10.1	10.1
92	4.8	4.8 – 10.2	10.2
93	4.9	4.9 – 10.3	10.3
94	4.9	4.9 – 10.4	10.4
95	5.0	5.0 – 10.6	10.6
96	5.1	5.1 – 10.7	10.7
97	5.1	5.1 – 10.8	10.8
98	5.2	5.2 – 10.9	10.9
99	5.2	5.2 – 11.0	11.0
100	5.3	5.3 – 11.1	11.1
101	5.3	5.3 – 11.2	11.2
102	5.4	5.4 – 11.3	11.3
103	5.4	5.4 – 11.4	11.4
104	5.5	5.5 – 11.6	11.6
105	5.5	5.5 – 11.7	11.7
106	5.6	5.6 – 11.8	11.8
107	5.6	5.6 – 11.9	11.9
108	5.7	5.7 – 12.0	12.0
109	5.7	5.7 – 12.1	12.1
110	5.8	5.8 – 12.2	12.2
111	5.8	5.8 – 12.3	12.3
112	5.9	5.9 – 12.4	12.4
113	5.9	5.9 – 12.6	12.6
114	6.0	6.0 – 12.7	12.7
115	6.1	6.1 – 12.8	12.8
116	6.1	6.1 – 12.9	12.9
117	6.2	6.2 – 13.0	13.0
118	6.2	6.2 – 13.1	13.1
119	6.3	6.3 – 13.2	13.2
120	6.3	6.3 – 13.3	13.3
121	6.4	6.4 – 13.4	13.4
122	6.4	6.4 – 13.6	13.6
123	6.5	6.5 – 13.7	13.7
124	6.5	6.5 – 13.8	13.8
125	6.6	6.6 – 13.9	13.9
126	6.6	6.6 – 14.0	14.0
127	6.7	6.7 – 14.1	14.1
128	6.7	6.7 – 14.2	14.2
129	6.8	6.8 – 14.3	14.3
130	6.8	6.8 – 14.4	14.4
131	6.9	6.9 – 14.6	14.6
Perda de Peso	< 5%	5 – 10%	> 10%
Pontuação	0	1	2

Fonte: <http://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-toolkit-pw.pdf>

Apêndice XX: Instrução de Trabalho para Aplicação da MUST

Instrução de trabalho

1. Objetivo

Uniformizar o procedimento de avaliação de risco nutricional a todas as pessoas submetidas a tratamento antineoplásico.

Assegurar a realização de rastreio nutricional a todas as pessoas sob tratamento antineoplásico.

2. Âmbito

Esta instrução de trabalho aplica-se à Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia do Hospital C

3. Referências, Definições e Abreviaturas

BAPEN – British Association for Parenteral and Enteral Nutrition

IMC – Índice de Massa Corporal

MUST – Malnutrition Universal Screening Tool

4. Descrição do Processo

A MUST consiste na avaliação de 3 itens: o índice de massa corporal (IMC), perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses e a redução drástica na ingestão nutricional. De acordo com o score obtido, este é convertido num nível de risco nutricional: baixo, médio e alto. E, consoante esse risco são delineadas intervenções de enfermagem (BAPEN, 2016).

4.1 – Preenchimento da Folha de Avaliação Nutricional - MUST

1º Passo: Avaliação do IMC

- consultar tabela correspondente e pontuar de acordo com o valor de IMC;

IMC $< 18.5 = 2$

IMC $18.5 - 20 = 1$

IMC $> 20 = 0$

2º Passo: Avaliação da percentagem de perda de peso não intencional nos últimos 3 a 6 meses;

- consultar tabela correspondente e pontuar de acordo com percentagem de peso perdido;

% peso perdido $< 5\% = 0$

% peso perdido entre $5 - 10\% = 1$

% peso perdido $> 10\% = 2$

3º Passo: Severidade da doença

- se o cliente está gravemente doente e não vai ingerir ou não ingere alimentos por 5 ou mais dias – pontuar 2
- se não se verificar a afirmação anterior – pontuar 0

4º Passo: Soma das pontuações obtidas nos 3 passos anteriores de forma a determinar o risco global de desnutrição;

Baixo Risco – Score 0

Médio Risco – Score 1

Alto Risco – Score ≥ 2

5º Passo: Intervenções de Enfermagem para cada score.

4.2 - Periodicidade da avaliação da MUST:

- Consulta de 1ª Vez
- Mensalmente
- 21/21 dias (nos protocolos de quimioterapia de 21/21 dias)
- SOS

4.3 – Intervenções de Enfermagem de acordo com nível de risco:

- ✓ Baixo Risco: Monitorização da MUST.
- ✓ Médio Risco:
 - Reforço de ensinios sobre alimentação;
 - Plano de cuidados ajustados a cada cliente.
- ✓ Alto Risco:
 - Referenciar cliente à nutricionista

5. Documentos Relacionados

IMP XXX – Aplicação da Escala de MUST

6. Bibliografia

The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (2016). *“MUST” – Português*. Worcester: BAPEN. Disponível em:

<http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-portugues>

ELABORADO POR

Ana Oliveira

APROVADO POR

Em: 01/02/2018

A rever em: 01/02/2021

Apêndice XXI: Sessão COMO.COME

Hospital de Dia Hemato-Oncologia



COMO.COME

Alimentação na Pessoa Submetida a Quimioterapia

Cuf Infante Santo

Enf.ª Ana Oliveira

Enf.ª Sara Parreira

Prof.º Dr. Óscar Ferreira

5 de Janeiro de 2018



Finalidade/ Objetivos



- ☐ Insere-se no Projeto de Estágio do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Oncológica.
- ☐ Esclarecer os doentes do hospital de dia do hospital cuf infante santo sobre estratégias alimentares relativamente aos efeitos mais comuns da Quimioterapia;

**Prevenir ou minimizar
os efeitos secundários
da quimioterapia**

Efeitos Secundários mais comuns causados pela quimioterapia que interferem na alimentação:

- Anorexia
- Náuseas e Vômitos
- Alteração do Paladar e do Olfato
- Mucosite
- Xerostomia
- Diarreia
- Obstipação

Anorexia: Diminuição ou perda de Appetite

- ✓ Escolher alimentos que sejam melhor tolerados;
- ✓ Realizar pequenas e várias refeições ao longo do dia;
- ✓ Comer quando tem mais apetite;
- ✓ Se não lhe apetecer comida sólida opte por:
 - sumos de fruta (sem gás);
 - sopa batida;
 - batidos de fruta;
- ✓ A comida fria, ou à temperatura ambiente, pode ser mais apelativa – a ingestão de gelados também é uma boa opção;
- ✓ Deve ter sempre consigo bolachas, sandes, fruta, pacote de leite para poder comer sempre que lhe apeteça;

Naúseas e Vômitos



- ✓ Privilegie um ambiente calmo e descontraído, sem odores intensos para tomar as suas refeições;
- ✓ Tente evitar longos períodos sem comer (pode aumentar a intensidade da náusea);
- ✓ Faça várias refeições ao longo do dia e em pequenas quantidades;
- ✓ Deve comer e beber devagar e mastigar bem os alimentos;
- ✓ Ingira líquidos ao longo do dia e em pequenas quantidades;
- ✓ Prefira alimentos frescos ou à temperatura ambiente;
- ✓ Evite alimentos com alto teor de gordura (fritos), condimentados (picantes/ salgados/ especiarias intensas), com molhos, excessivamente doces e com odores fortes;
- ✓ Privilegie alimentos secos, como bolachas, torradas, cereais e pão;
- ✓ Não force demasiado a ingestão de alimentos;
- ✓ Coma sentado e evite deitar-se logo após a refeição.

Alteração do Paladar e Olfato



Vários tipos de medicamentos podem provocar alterações do paladar (sabores metálicos), aumento/diminuição da sensibilidade ao amargo e/ou ao salgado, ou até mesmo perda de paladar.

- ☐ As refeições devem ser visualmente agradáveis;
- ☐ Inclua especiarias ou ervas aromáticas;
- ☐ Aromatize a água (hortelã, canela, casca de laranja ou de limão);
- ☐ Alimentos frios ou à temperatura ambiente são melhor tolerados;
- ☐ Experimente novos alimentos;

Consulte o dentista para despistar algum problema dentário;

É aconselhada uma boa higiene oral;

- Mucosite oral é caracterizada por uma inflamação aguda da mucosa oral e orofaríngea que pode afetar os lábios, as gengivas e a mucosa das bochechas (Lavdaniti, 2014)

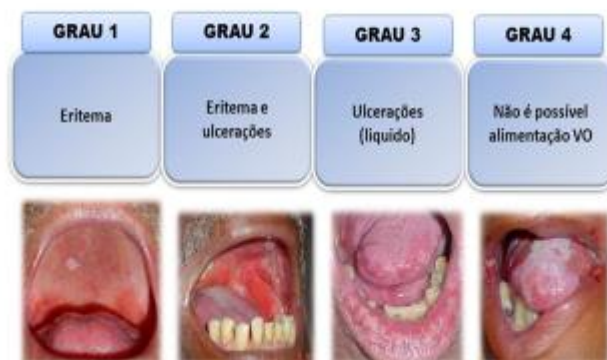


Fig. 1 – Escala de Mucosite segundo a OMS

Evite	Privilegie:
<p>Alimentos secos ou ásperos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Torradas, tostas, frutos secos, bolachas, batatas fritas 	<p>Alimentos cremosos e mais fáceis de mastigar e deglutir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sopas cremosas; • Purés (vegetais/ legumes); • Purés de fruta, batidos de fruta ou banana madura;
<p>Alimentos salgados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fritos de pacote, pipocas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelados; • Gelatinas; • Pudins; • Iogurtes
<p>Citricos, ácidos e alimentos condimentados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laranja, limão, lima, maracujá, abacaxi • Tomate, ketchup, mostarda, pimenta, vinagre, 	
<p>Bebidas alcoólicas e gaseificadas</p>	
<p>Vegetais crus</p>	

- ❖ É aconselhada uma boa higiene oral;
- ❖ Utilize uma escova de dentes com cerdas macias;
- ❖ Pode realizar bochechos com nistatina, bicarbonato de sódio ou bochechos compostos (bicarbonato de sódio + nistatina + lidocaína).

A xerostomia é caracterizada por boca seca ou saliva escassa.

- Ingestão hídrica de cerca de 1,5 L de água por dia (ou infusões sem açúcar);
- Degustar cubos de gelo (pode ser com aromas);
- Degustar rebuçados de laranja ou limão (na ausência de feridas na boca), sugos, pastilhas elásticas (mentol) e sem açúcar;
- Pode humedecer alimentos mais duros (bolachas, pão, torradas) em chá ou leite;
- Deve ingerir líquidos (em pequenas quantidades) durante as refeições;
- Evitar alimentos demasiado secos, picantes ou ásperos;
- Opte por alimentos mais cremosos e à temperatura ambiente ou ligeiramente frios;
- Evitar bebidas alcoólicas e com cafeína (café, chá preto).

☐ **Evite alimentos ricos em fibras:**

- Frutos crus e com casca;
- Vegetais crus e os legumes verdes;
- Leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas);
- Cereais integrais;

☐ **Restrinja o consumo de lactose e o consumo de gorduras**

- Leite de vaca;
- Refeições processadas ou pré-confecionadas;

☐ **Evite doces, pastelaria, chocolates**

Opte por:

- ✓ Vegetais cozinhados como: cenoura, abóbora, curgete sem casca, nabo;
- ✓ Frutas cozidas (maça, pêra, marmelo);
- ✓ Banana crua;
- ✓ Pão branco;
- ✓ Leite sem lactose;
- ✓ Grelhados, cozidos, assados e estufados sem gorduras;
- ✓ Carnes brancas: frango, peru e coelho;

IMPORTANTE

A diarreia pode provocar perda de Sódio e de Potássio

Ingestão hídrica cerca de
1,5 L
(água ou infusões)

Caldos de carne ou peixe
Banana madura
Maça cozida ou assada
Batata

Nota: Alguns adoçantes contém sorbitol (pode causar diarreia)

Opte por:

- ✓ Cereais integrais (pão de mistura);
- ✓ Fruta com casca ou sumos naturais;
 - Kiwi, manga, papaia, ameixa, laranja
- ✓ Vegetais e legumes verdes, se possível em todas as refeições;
- ✓ Leguminosas;
- ✓ Frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, avelãs, caju);
- ✓ Sementes (linhaça, girassol, chia);
- ✓ Bebidas quentes;

Consumo de 1,5L a 2L de água ou chá de ervas

Exercício Físico (se não for desaconselhado)

Conselhos Úteis



- ☐ Lavar bem a fruta e saladas;
- ☐ Atenção aos prazos de validade dos produtos;
- ☐ Queijos pasteurizados;
- ☐ Acondicione bem os alimentos no frigorífico

Conclusão



**A perda de peso e as dietas muito restritas podem
condicionar os seus tratamentos.**

Alimentação Equilibrada

Bibliografia



- Lopes, A. & Carvalho, C. (2015). *Receitas deliciosas para doentes oncológicos em tratamento*. Lisboa. Coleção Atitude
- Bender, A.; Boerner, L.; Bratton, S.; Grant, B.; Iannotta, J. & Mc Ginley-Gieser, D. (2013). *Healthy Eating and Activity for Living, HEAL Well, A Cancer Nutrition Guide*. Washington, DC: American Institute for Cancer Research (AICR); Livestrong Foundation & Savor Health.
- Lavdaniti, M. (2014). A nursing perspective of nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy. *Prog Health Sci.* 4(2 Nutrition in Chemotherapy): 131-134
- A. C. Camargo Cancer Center. (s.d). *Assistência de enfermagem no transplante de células tronco hematopoiéticas (TC7H)*. São Paulo: A. C. Camargo Cancer Center. Disponível em: https://www.google.pt/search?biw=1821&bih=868&tbm=isch&sa=1&ei=XKVKWuO3GcnvUqfZT_gM&q=mucosite+grau+1&oeq=mucosite+grau+1&gs_l=psy-ab.3..0i30k1.53205.61132.0.62249.18.15.1.2.2.0.213.2117.0j13j1.15.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.17.2294.0..0j0i67k1j0i13k1j0i13i30k1j0i8i30k1j0i24k1.76_mMwEQT9HpU#imgrc=NIKxJUz8pmjV54M
- Folhetos informativos fornecidos por Dietista do Hospital Dr. Fernando da Fonseca

Apêndice XXII: Questionário de Avaliação da Sessão
COMO.COME

Avaliação da Sessão
COMO.COME
Alimentação na Pessoa Submetida a Quimioterapia

Para que possamos melhorar os nossos cuidados é muito importante para nós que exprima a sua opinião, assinalando as opções que melhor a traduzem:

1 – Pertinência do tema:

Nada interessante ☐ Pouco interessante ☐ Interessante ☐ Muito interessante ☐

2 – Considera que esta sessão foi:

Nada esclarecedora ☐ Pouco esclarecedora ☐ Esclarecedora ☐ Muito Esclarecedora ☐

3 – Numa escala de 1 a 5 como classifica a utilidade da informação abordada na sessão:

Nada Útil ☐ Pouco Útil ☐ Útil ☐ Muito Útil ☐ Extremamente Útil ☐

4 - Que outros temas gostaria que fossem abordados pela Equipa de Enfermagem do Hospital Dia?

5 - Sugestões:

Muito obrigado pela sua presença e contributo.

Apêndice XXIII: Análise dos Questionários de Avaliação da
Sessão COMO.COME

Análise dos Questionários de Avaliação da Sessão

COMO.COME

Alimentação na Pessoa Submetida a Quimioterapia

Estiveram presentes cinco doentes e respetivos familiares e sete profissionais de saúde.

Foi entregue um pequeno questionário sobre a sessão apenas aos doentes, que avaliaram a sessão com os respetivos familiares.

Resultados:

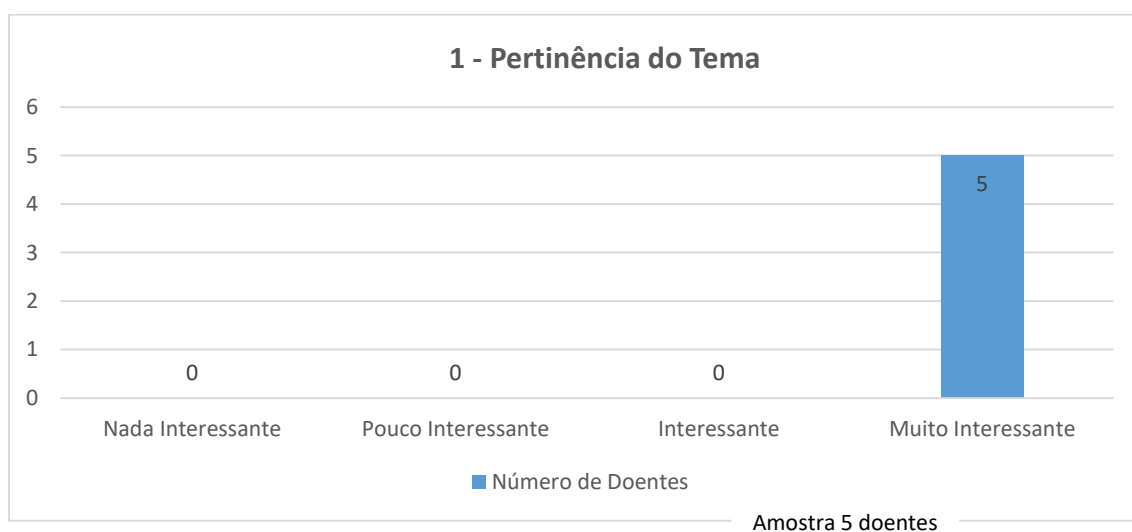


Gráfico nº 1 – Representação gráfica quanto à pertinência do tema.

Quanto à pertinência do tema todos os participantes da nossa amostra consideraram o tema muito interessante.

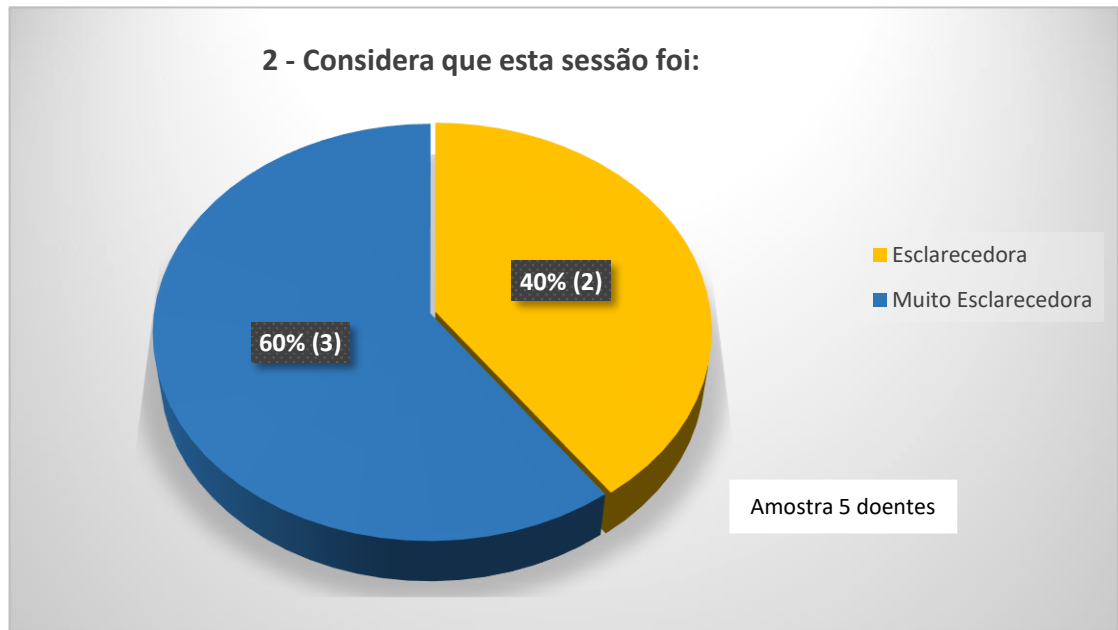


Gráfico nº 2 – Representação gráfica quanto ao esclarecimento da sessão.

Relativamente ao esclarecimento da sessão, dois doentes (40%) consideraram que esta foi esclarecedora e três (60%) definiram-na como muito esclarecedora.

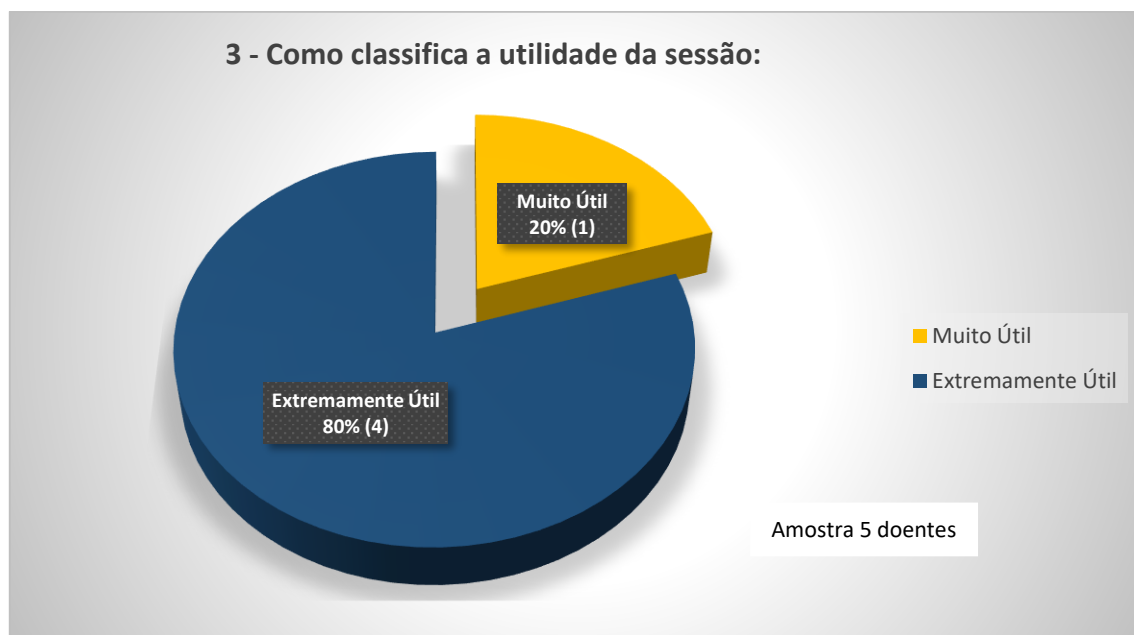


Gráfico nº 3 – Representação gráfica quanto à utilidade da sessão.

Quanto à utilidade da sessão apenas um doente a considerou como muito útil (20%) e quatro definiram-na como extremamente útil, correspondendo a 80% da amostra.

4 – Que outros temas gostaria que fossem abordados pela Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia?

- compra ou não de peruca, lenços
- alimentação para diabéticos
- abordagem de todos os hipotéticos efeitos colaterais da quimioterapia

5 – Sugestões:

- introdução de produtos dietéticos;
- deveriam fazer mais vezes este tipo de esclarecimentos;
- na primeira sessão de quimioterapia entregar ao doente uma lista de alimentos, lista de hábitos a adotar durante os tratamentos, bem como possíveis alterações orgânicas.

Apêndice XXIV: Avaliação de Risco Nutricional MUST

**Avaliação de Risco Nutricional – MUST aos Doentes Presentes na
Sessão COMO.COME Alimentação na Pessoa Submetida a Quimioterapia**

Nome Completo: _____

Altura: _____

Peso atual: _____

Peso há 6 meses: _____

(Fornecido aos doentes presentes na sessão)

Nome: HP

Altura: 1.66 m

Peso atual: 63 Kg

Peso há 6 meses: 59 Kg

IMC: > 20 pontuação 0

% Perda de Peso: 5-10% pontuação 1

Severidade da Doença: pontuação 0

Score MUST: Score 1 – Médio Risco

Nome: J.S.

Altura: 1.75 m

Peso atual: 80 Kg

Peso há 6 meses: 92 Kg

IMC: >20 pontuação 0

% Perda de Peso: perda de peso intencional pontuação 0

Severidade da Doença: pontuação 0

Score MUST: 0 – Baixo Risco

Nome: L.T.

Altura: 1.58 m

Peso atual: 48.4 Kg

Peso há 6 meses: 44 Kg

IMC: 18.5 – 20 pontuação 1

% Perda de Peso: pontuação 0

Severidade da Doença: pontuação 0

Score MUST: Score 1 – Médio Risco

Nome: M.A.M.

Altura: 1.55 m

Peso atual: 47.3 Kg

Peso há 6 meses: 45 Kg

IMC: 18.5 – 20 pontuação 1

% Perda de Peso: pontuação 0

Severidade da Doença: pontuação 0

Score MUST: Score 1 – Médio Risco

Nome: L.M.

Altura: 1.60 m

Peso atual: 47 Kg

Peso há 6 meses: 49 Kg

IMC: <18.5 pontuação 2

% Perda de Peso: <5% pontuação 0

Severidade da Doença: pontuação 0

Score MUST: Score 2 (já se encontra em consulta de nutrição)

A representação gráfica encontra-se descrita abaixo, através do Gráfico 1, bem como a análise dos dados obtidos.

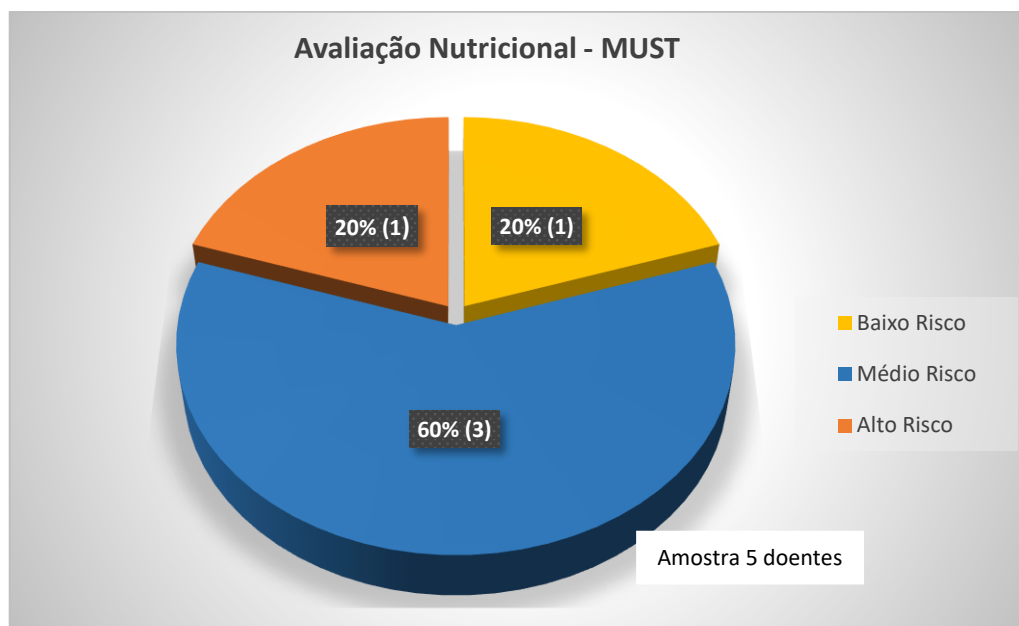


Gráfico nº 1 – Representação gráfica quanto ao risco de avaliação nutricional segundo MUST.

Os doentes que estiveram presentes na sessão foram avaliados quanto ao risco nutricional pela MUST. Um doente apresentou baixo de risco de desnutrição, três risco moderado e um alto risco de desnutrição, o qual já se encontrava na consulta de nutrição.

Os três doentes que foram avaliados como risco moderado de desnutrição foram sinalizados perante a equipa, no sentido de lhes serem fornecidos esclarecimentos individuais sobre alimentação.

Apêndice XXV: Guia de Alimentação – COMO.COME

COMO.COME

**Alimentação na Pessoa
Submetida a Quimioterapia**



Índice

1 - Importância da Alimentação	p. 2
2 - Conselhos Alimentares	p. 3
3 - Efeitos secundários da quimioterapia – conselhos para os minimizar	p. 4
3.1 - Anorexia	p. 4
3.2 - Náuseas e Vômitos	p. 5
3.3 - Mucosite	p. 6
3.4 - Alteração do Paladar e do Olfato	p. 8
3.5 - Xerostomia	p. 9
3.6 - Diarreia	p. 10
3.7 - Obstipação/ Prisão de Ventre	p. 12
4 - Receitas Deliciosas	p. 13
4.1 – Arroz de Corvina, Limão e Coentros – Chef David Jesus	p. 13
4.2 – Peito de Frango do Campo Marinado com Quinoa de Legumes – Chef Henrique Sá Pessoa	p. 14
4.3 – Hambúrguer de Salmão – Chef Jorge Filipe	p. 15
4.4 – Brownie de Chá Verde e Morangos – Chef João Rodrigues	p. 16
5 - Outras Informações	p. 17
6 - Bibliografia	p. 18

1 - Importância da Alimentação durante o Tratamento

- Deve realizar uma alimentação completa, variada e equilibrada:

A sua alimentação deverá ser baseada nos Princípios da Roda dos Alimentos



Direção Geral da Saúde, 2012

- Deve manter o seu peso corporal dentro dos valores desejáveis:

A dosagem dos tratamentos é calculada em função da sua superfície corporal (peso e altura).

- A perda de peso e as dietas muito restritas podem condicionar os seus tratamentos.

2 - Conselhos Alimentares

O tratamento de quimioterapia pode baixar o seu sistema imunitário, pelo que existem alguns conselhos alimentares que podemos seguir:

- ☐ Lavar bem a fruta e saladas (com vinagre ou Amukina®);
- ☐ Atenção aos prazos de validade dos produtos;
- ☐ Queijos sempre pasteurizados;
- ☐ Acondicione bem os alimentos no frigorífico;
- ☐ Não ingerir alimentos mal passados;
- ☐ Lavar sempre as mãos enquanto cozinha;
- ☐ Reduzir o consumo de sal no tempero dos alimentos, pode substituir por utilizar maiores quantidades de cebola, alho, tomate, pimento, ervas aromáticas, especiarias e marinadas;
- ☐ Evite ingerir alimentos com alto teor de gordura: cozinhe com azeite;
- ☐ Evitar alimentos de salsicharia e charcutaria.



3 - Efeitos Secundários da Quimioterapia – Conselhos para os Minimizar:

3.1 - Anorexia

Diminuição ou perda de Apetite

- ✓ Escolher alimentos que sejam melhor tolerados;
- ✓ Realizar pequenas e várias refeições ao longo do dia;
- ✓ Comer quando tem mais apetite;
- ✓ Se não lhe apetecer comida sólida opte por:
 - sumos de fruta (sem gás);
 - sopa batida;
 - batidos de fruta;
- ✓ A comida fria, ou à temperatura ambiente, pode ser mais apelativa – a ingestão de gelados também é uma boa opção;
- ✓ Deve ter sempre consigo bolachas, sandes, fruta, pacote de leite para poder comer sempre que lhe apeteça.

Muitas vezes a perda de apetite está associada a náuseas, pelo que se for possível evite cozinhar nos dias em que estes sintomas estão mais marcados.

3.2 - Náuseas e Vômitos

- ✓ Privilegie um ambiente calmo e descontraído, sem odores intensos para tomar as suas refeições;
- ✓ Tente evitar longos períodos sem comer (pode aumentar a intensidade da náusea);
- ✓ Faça várias refeições ao longo do dia e em pequenas quantidades;
- ✓ Deve comer e beber devagar e mastigar bem os alimentos;
- ✓ Ingira líquidos ao longo do dia e em pequenas quantidades;
- ✓ Prefira alimentos frescos ou à temperatura ambiente;
- ✓ Evite alimentos com alto teor de gordura (fritos), condimentados (picantes/ salgados/ especiarias intensas), com molhos, excessivamente doces e com odores fortes;
- ✓ Privilegie alimentos secos, como bolachas, torradas, cereais e pão;
- ✓ Não force demasiado a ingestão de alimentos;
- ✓ Coma sentado e evite deitar-se logo após a refeição.

3.3 - Mucosite

A mucosite oral é caracterizada por uma inflamação aguda da mucosa oral e orofaríngea que pode afetar os lábios, as gengivas e a mucosa das bochechas.

Evite:

- Alimentos secos ou ásperos:
Torradas, tostas, frutos secos, bolachas, batatas fritas.
- Alimentos Salgados:
Fritos de pacote, pipocas.
- Cítricos, ácidos e alimentos condimentados:
Laranja, limão, lima, maracujá, abacaxi;
Tomate, ketchup, mostarda, pimenta, vinagre,
- Bebidas alcoólicas e gaseificadas.
- Vegetais crus.

Privilegie:

Alimentos cremosos e mais fáceis de mastigar e de deglutir:

- ✓ Sopas cremosas;
- ✓ Purés (vegetais/ legumes);
- ✓ Purés de fruta, batidos de fruta ou banana madura;
- ✓ Gelados;
- ✓ Gelatinas;
- ✓ Pudins;
- ✓ Iogurtes.

3.3 – Mucosite (cont.)

- ❖ É aconselhada uma boa higiene oral;

- Elixir sem álcool



- ❖ Utilize uma escova de dentes com cerdas macias;



- ❖ Pode realizar bochechos com nistatina, bicarbonato de sódio ou bochechos compostos (nistatina + lidocaína + bicarbonato de sódio – que fornecemos no Hospital de Dia)

3.4 - Alteração do Paladar e do Olfato

Vários tipos de medicamentos podem provocar alterações do paladar (sabores metálicos), aumento/diminuição da sensibilidade ao amargo e/ou ao salgado, ou até mesmo perda de paladar.

- ☐ As refeições devem ser visualmente agradáveis;

- ☐ Inclua especiarias ou ervas aromáticas;

Ex: Salsa, coentros, tomilho, louro, cebolinho, hortelã, manjericão, oregãos



- ☐ Aromatize a água (hortelã, canela, casca de laranja ou de limão);

- ☐ Alimentos frios ou à temperatura ambiente são melhor tolerados;

- ☐ Experimente novos alimentos;

Consulte o dentista para despistar algum problema dentário;

É aconselhada uma boa higiene oral.

3.5 - Xerostomia

A xerostomia é caracterizada por boca seca ou saliva escassa.

Deve privilegiar:

- Ingestão hídrica de cerca de 1,5 L de água por dia (ou infusões sem açúcar);

- Degustar cubos de gelo (pode ser com aromas);



- Pode humedecer alimentos mais duros (bolachas, pão, torradas) em chá ou leite;

- Degustar rebuçados de laranja ou limão (na ausência de feridas na boca), sugos, pastilhas elásticas (mentol) e sem açúcar;



- Deve ingerir líquidos (em pequenas quantidades) durante as refeições;
- Evitar alimentos demasiado secos, picantes ou ásperos;
- Opte por alimentos mais cremosos e à temperatura ambiente ou ligeiramente frios;
- Evitar bebidas alcoólicas e com cafeína (café, chá preto).

3.6 - Diarreia

❑ Evite alimentos ricos em fibras:

- Frutos crus e com casca;
- Vegetais crus e os legumes verdes;
- Leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas);
- Cereais integrais;

❑ Restrinja o consumo de lactose e o consumo de gorduras:

- Leite de vaca;
- Refeições processadas ou pré-confecionadas

❑ Evite alimentos com elevada concentração de açúcar:

- Doces de fruta muito açucarados e sumos de fruta muito concentrados;

❑ Evite a ingestão de cafeína, bebidas com gás e bebidas alcoólicas.

Nota: Alguns adoçantes contêm sorbitol

(pode causar diarreia)



3.7 – Diarreia (cont.)

Opte por:

- ✓ Vegetais cozinhados como: cenoura, abóbora, curgete sem casca, nabo;
- ✓ Frutas cozidas (maça, pêra, marmelo);
- ✓ Banana crua;
- ✓ Pão branco;
- ✓ Leite sem lactose;
- ✓ Gelatinas (boa fonte de hidratação);
- ✓ Grelhados, cozidos, assados e estufados sem gorduras;
- ✓ Carnes brancas: frango, peru e coelho;

Muito importante:

A diarreia pode provocar perda de sódio e de potássio, pelo que se torna essencial uma boa hidratação:

➤ Ingestão hídrica: cerca de 1,5 a 2L de água ou infusões

➤ Alimentos ricos em potássio:

Caldos de carne ou peixe
Banana madura
Maça cozida ou assada
Batata



3.8 - Obstipação/ Prisão de Ventre

Privilégio a seguinte alimentação:

- ✓ Cereais integrais (pão, bolachas, tostas, farelo de trigo, milho ou centeio);
- ✓ Fruta com casca (ameixa, maçã, pêra, ameixa, uva), morangos, kiwi, manga, papaia, laranja e figo ou sumos naturais;
- ✓ Vegetais e legumes verdes, se possível em todas as refeições (cenoura, rabanete, nabo, beringela, curgete, feijão verde, repolho, couves, couve-de-bruxelas, brócolos, acelga, nabijas, aipo e agrião);
- ✓ Leguminosas (feijão, fava, lentilha, grão de bico);
- ✓ Frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, avelãs, caju);
- ✓ Sementes (linhaça, girassol, chia);
- ✓ Ingestão de 1,5L a 2L de água ou chá de ervas (exceto hipericão);
- ✓ Bebidas quentes (preferencialmente ao acordar).

Exercício Físico (se não for desaconselhado)

4 – Receitas Deliciosas

Receita do Chef David Jesus

Arroz de Corvina, Limão e Coentros

Ingredientes para 4 pessoas

300g de arroz carolino; 300g de corvina com cabeça; 2 cebolas médias (aprox. 100g cada); 5 g de alho picado; 20g de coentros; 1 limão (aprox. 120g); 2dl de azeite; 2L de água

Modo de Confeção

1 – Comece por fazer o caldo para cozinhar o arroz. Numa panela, deixe suar a cabeça do peixe com uma cebola cortada ao meio e um fio de azeite. Junte 2 L de água fria e deixe ferver lentamente durante 15 a 20 minutos. Desligue o lume e deixe repousar durante 10 minutos. Coe com a ajuda de um passador reserve quente.

2 – De seguida, corte o peixe em pedaços pequenos (20 a 25g) e tempere com sal, um pouco de pimenta, azeite e coentros picados. Reserve.

3 – Para preparar o arroz, refogue a cebola e o alho picados num bom fio de azeite. Junte o arroz e deixe fritar durante 2 a 3 minutos. Adicione o caldo e deixe cozinhar em fervura contínua e não demasiado forte, mexendo regularmente. Adicione mais caldo sempre que necessário, mexendo sempre com cuidado. Junte o peixe com os coentros nos últimos 3 minutos de cozedura do arroz. Retire do lume. Finalize com um fio de azeite, coentros picados e a raspa e o sumo de limão. Deve ser servido malandrinho.

Para quando apresenta: alteração do paladar, mucosite, náuseas/vómitos e xerostomia. Em caso de diarreia não utilize os coentros.

In Receitas Deliciosas para Doentes Oncológicos em Tratamento Coleção ATTitude



4.2 - Receita do Chef Henrique Sá Pessoa

Peito de Frango do Campo Marinado com Quinoa de Legumes

Ingredientes 4 pessoas

Peito de frango: 600g de peito de frango limpo; 1 ramo de tomilho; 1 ramo de alecrim; 4 colheres de sopa de azeite; 1 colher de sopa de raspa de limão; 1 colher de chá de raspa de laranja; 1 colher de chá de cominho em grão.

Quinoa de legumes: 200g de quinoa; 500ml de caldo de legumes; 150g de berinjela cortada em cubos; 100g de cebola picada; 10g de alho picado; 2 colheres de sopa de azeite; 2 colheres de sopa de coentros picados; 100g de pimento assado cortado em cubos.

Modo de Confeção

1 – Numa taça, junte todos os ingredientes para o peito de frango e deixe o frango a marinar cerca de 1 hora no frigorífico.

2 – Num tacho refogue a berinjela no azeite, entre 4 a 5 minutos, até amolecer; adicione a cebola, o pimento e o alho e refogue durante mais 2 a 3 minutos. Adicione a quinoa e envolva bem com um garfo. De seguida, junte o caldo e coza tapado durante 10 a 12 minutos.

3 – Deixe a quinoa repousar cerca de 3 minutos e, enquanto espera, grelhe o frango cerca de 1 a 2 minutos de cada lado ou salteie-o numa frigideira.

4 – Por fim, envolva os coentros na quinoa e sirva como acompanhamento do frango grelhado.

Para quando apresenta: Obstipação e alteração do paladar.

In Receitas Deliciosas para Doentes Oncológicos em Tratamento Coleção ATTitude



4.3 - Receita do Chef Jorge Filipe

Hambúrguer de Salmão

Ingredientes:

Hambúrguer de Salmão: salmão 300g; chalota 70g; endro 30g; sumo limão q.b.; raspa limão q.b.; sal q.b.; pimenta q.b.; mostarda Dijon q.b.

Molho de Iogurte: 1 iogurte natural; limão; laranja; endro; sal; pimenta

Modo de Confeção

Hambúrguer de Salmão:

1 - Picar o salmão com uma faca bem afiada para não amassar muito o salmão enquanto se corta. Picar a chalota e o endro finamente e juntar ao salmão picado. Juntar os restantes elementos e misturar tudo muito bem. Moldar no formato de hambúrguer. Deixar descansar umas horas no frigorífico.

Molho de Iogurte:

2- Colocar o iogurte num passador para retirar o soro do mesmo. De seguida temperar com a raspa e o sumo da laranja e do limão, pimenta, sal e o endro picado.

3 - Grelhar o hambúrguer de salmão e colocar o molho de iogurte por cima.

Para quando apresenta: alteração do paladar.

4.4 - Receita do Chef João Rodrigues

Brownie de Chá Verde e Morangos

Ingredientes 8 a 10 pessoas

Brownie: 200g de manteiga; 500g de chocolate branco; 750g de açúcar; 500g de ovos; 300g de farinha; 7 saquetas de chá verde

Recheio: 125g de crème fraîche ou natas frescas; 200g de morangos

Modo de Confeção

1 - Misture o conteúdo das saquetas de chá verde com a farinha e reserve.

2 - De seguida, derreta o chocolate e a manteiga. Simultaneamente, pode bater o açúcar com os ovos. Depois, junte os ovos e o açúcar à mistura de chocolate e manteiga e, por fim adicione a mistura do chá verde com a farinha (previamente preparada). Quando estiver tudo bem misturado, coloque num tabuleiro untado e leve ao forno a 200º C durante 20 a 25 minutos.

3 - Deixe arrefecer, retire e corte em quadrados. Pode servir com crème fraîche ou natas frescas (opcional), raspas de limas e bastantes morangos frescos.



Para quando apresentar: alteração do paladar e anorexia. Em caso de obstipação, deverá utilizar farinha integral.

5 - Outras Informações

Estes são alguns conselhos que o podem guiar para minimizar alguns efeitos secundários provocados pela quimioterapia, no entanto, por vezes, a sua alimentação terá que ser adaptada ao seu diagnóstico e à fase em que se encontra.

A informação desta guia não substitui a medicação que o seu Oncologista lhe prescreveu.

Em caso de dúvidas não hesite em contactar a Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia.

Telefone: 213926157

Pode sempre consultar um Nutricionista para ajustar um plano alimentar adequado às suas necessidades; informe-se junto do seu Oncologista ou Equipa de Enfermagem.

Tenha especial atenção às informações que lhe são transmitidas por pessoas que não trabalham na área de saúde, ou pela internet: as dietas demasiado restritas estão associadas a um pior prognóstico. Informe-se junto do seu Oncologista ou Equipa de Enfermagem.

6 - Bibliografia

- Bender, A.; Boerner, L.; Bratton, S.; Iannotta, J. & Mc Ginley-Gieser, D. (2013). *Healthy Eating and Activity for Living, HEAL Well, A Cancer Nutrition Guide*. Washington, DC: American Institute for Cancer Research (AICR); Livestrong Foundation & Savor Health.
- Gregório, M^a; Santos, M^a; Ferreira, S.; Graça, P. (2012). *Alimentação Inteligente como melhor poupe mais*. Lisboa: Direção Geral da Saúde; Edenred Portugal. Disponível em: http://www.alimentacaointeligente.dgs.pt/roda_dos_alimentos.html
- Fotos do Autor
- Laço e Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). *Conselhos alimentares para ajudar durante o tratamento do cancro da mama*. Porto: Laço Disponível em: http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Conselhos_Alimentares_Cancro_Mama.pdf
- Lavdaniti, M. (2014). *A nursing perspective of nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy*. *Prog Health Sci - Nutrition in Chemotherapy*, 4 (2), 131-134
- Lopes, A.; Carvalho, C. (2015). *Receitas deliciosas para doentes oncológicos em tratamento*. Lisboa: Coleção Attitude

Elaborado por Enf.ª Ana Oliveira sob orientação da Enf.ª Sara Parreira
Hospital de Dia do Hospital C
Prof.ª Dr.ª Óscar Ferreira - ESEL

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
Médico - Cirúrgica, Vertente Oncológica da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Apêndice XXVI: Autorização das Receitas

Ana Margarida Oliveira <ana.m.oliveira@[REDACTED]>
Para: aTTitude IPSS <nutricaoonco@gmail.com>

2 de março de 2018 às 13:03

☉ meu nome é Ana Oliveira e sou enfermeira no Hospital C [REDACTED] Hospital de Dia de Hemato Oncologia.

Neste momento estou a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica vertente Oncologia, no qual tenho que realizar um projeto, sendo este na área da alimentação à pessoa submetida a quimioterapia.

Neste projeto, propus-me realizar um folheto informativo sobre os efeitos secundários subjacentes à quimioterapia que podem ser melhor controlados com a alimentação e gostaria de colocar algumas receitas apresentadas no livro "Receitas Deliciosas para Doentes Oncológicos em Tratamento", pelo que venho solicitar a vossa autorização para o efeito. Pretendo incluir as seguintes receitas: Arroz de Corvina, Limão e Coentros - Chef David Jesus; Peito de Frango do Campo Marinado com Quinoa de Legumes - Chef Henrique Sá Pessoa; e Brownie de Chá verde e Morangos - Chef João Rodrigues. As receitas serão identificadas nesse folheto com a respetiva fonte.

Atenciosamente

Ana Oliveira

 Sem vírus. www.avast.com

aTTitude IPSS <nutricaoonco@gmail.com>
Para: Ana Margarida Oliveira <ana.m.oliveira@[REDACTED]>

16 de março de 2018 às 12:09

Exma. Senhora Ana Oliveira,

Agradecemos o envio do email.

Aprovamos a utilização das receitas, solicitamos no entanto que antes de finalizar o folheto envie para validação final da aTTitude, no que respeita ao conteúdo das receitas.

Seria possível posteriormente divulgarmos o seu folheto?

Muito obrigada,

Com cordiais cumprimentos,
aTTitude, IPSS

[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

Autorização do Chef Jorge Filipe para a introdução da receita
“Hambúrguer de Salmão” no guia.

Ana Margarida Oliveira <ana.m.oliveira@[REDACTED]> 24 de fevereiro de 2018 às 11:04
Para: [REDACTED]@sapo.pt>

Bom dia [REDACTED]

Estou a realizar um folheto informativo para os doentes do hospital de dia sobre alimentação vs efeitos secundários da quimioterapia e quero integrar algumas receitas. Nomeadamente a do Chef Jorge Filipe do hambúrguer de salmão pelo que solicito a sua autorização para integrar a receita no folheto.

Os meus cumprimentos

Ana Oliveira (en^{ra} do hospital de dia [REDACTED])
[Citação ocultada]

[REDACTED]@sapo.pt> 24 de fevereiro de 2018 às 14:10
Para: Ana Margarida Oliveira <ana.m.olivei@[REDACTED]>

Boa tarde Ana

Terei todo o gosto em terem a receita no vosso folheto. Já tem a receita ou quer que envie?
A contrapartida é enviar-me um folheto 🙏

Cumprimentos

Apêndice XXVII – Receitas Deliciosas

Hospital de Dia de
Hemato – Oncologia do Hospital C

Receitas

Deliciosas

Elaboradas pelos Doentes e Seus Familiares

ÍNDICE

A razão deste Livro

1 – Pequeno Almoço

1.1 - Panquecas – A. C.

2 - Almoço/ Jantar

2.1 – Sopa de Espinafres – F.B.

2.2 - Açorda de Marisco – F. B.

2.3 – Arroz de Polvo – A.M.

2.4 - Caldeirada de Peixe – A. C.

2.5 - Soufflé de Peixe – A. C.

2.6 - Soufflé de Frango – A. C.

2.7 - Soufflé de Espinafres – A. C.

2.8 - Açorda de Camarão – A. C.

2.9 - Courgette Recheada de Arroz e Verduras – A. C.

2.10 - Feijoada de Lombo de Salmão – J. S.

3 - Batidos

3.1 - Batido de Leite de Aveia ou Amêndoas com Fruta – A. C.

4 - Sobremesas

4.1 - Mousse de Abacate – H. P.

4.2 - Abacate Saudável – H. P.

4.3 - Bolo de Cenoura – J. S.

A RAZÃO DESTE LIVRO

A razão deste livro prende-se fundamentalmente em dois pressupostos: a importância da alimentação e a partilha dos nossos doentes.

Uma das preocupações fulcrais dos nossos doentes que iniciam tratamentos de quimioterapia prende-se com a alimentação. O que posso comer? Tenho alguma restrição alimentar enquanto faço quimioterapia? Estas são as perguntas mais frequentes dos nossos doentes e seus familiares.

E então o que posso comer?

Todos os seres humanos deveriam ter como base uma alimentação saudável e equilibrada, independentemente de serem portadores de uma doença oncológica e/ou estarem sob tratamentos de quimioterapia.

Enquanto enfermeiros do hospital de dia, uma das nossas funções é desmistificar alguns mitos sobre a alimentação e os cuidados a ter. Obviamente tendo em atenção que cada doente é um ser único e, que a sua patologia pode condicionar alguns cuidados a ter com a mesma, no entanto, em geral, a regra é: **uma alimentação completa, variada e equilibrada baseada nos Princípios da Roda dos Alimentos.**

Contudo, existem determinados efeitos secundários subjacentes à quimioterapia que podem condicionar a alimentação dos doentes, tais como: anorexia (diminuição ou perda de apetite), náuseas e vômitos, mucosite (aftas ou feridas na mucosa oral), alteração do paladar e do olfato, xerostomia (boca seca), diarreia ou obstipação (prisão de ventre). A equipa de enfermagem assume um papel primordial no aconselhamento e na promoção de estratégias para colmatar ou minimizar estes sintomas.

Descrito o primeiro pressuposto da razão deste livro passo a descrever o segundo, elaborando uma breve reflexão pessoal.

Gostaria de partilhar convosco a experiência de ser enfermeira do hospital de dia...

O meu primeiro contacto com o hospital de dia surgiu no início do ano de 2016, tendo demonstrado, perante a minha chefia, o meu interesse em realizar alguns turnos neste serviço. Fiz integração, substituí uma colega de baixa e o meu objetivo seria ir realizar uns turnos quando necessário (nunca pensando que este seria o meu

serviço...). Em Agosto do mesmo ano, surgiu a proposta de ir integrar o staff do hospital de dia, que confesso, que na altura vacilei um bocadinho, no entanto aceitei e iniciei este desafio em Setembro, que não me arrependo, pelo contrário!

É verdade, que os doentes que aqui passam se encontram numa fase difícil das suas vidas, com um diagnóstico de uma doença oncológica, que não deve ser nada fácil de gerir.... Mas quem verdadeiramente encontro aqui são pessoas bem dispostas, que nos fazem rir, que partilham as suas experiências de vida, connosco e com os outros doentes, que parecem que esquecem que estão a fazer quimioterapia e, são vários os doentes que nos referem isso... Certamente que nem sempre é assim, mas a maioria dos dias são passados desta forma, com conversas e gargalhadas. Os doentes partilham entre si sobre a sua doença e como estão a vivê-la, os que se encontram em tratamento há mais tempo ensinam estratégias a quem está no início.... É uma aprendizagem! É uma partilha e uma lição de vida.... Trabalhar no hospital de dia é um grande desafio mas acima de tudo é muito gratificante.

E é este o segundo pressuposto da razão deste livro, a **partilha**, que neste caso é uma partilha de receitas culinárias elaboradas pelos nossos doentes e seus familiares. São receitas que os doentes fazem em suas casas, algumas das quais adaptadas a alguns sintomas que condicionam a sua alimentação e também são fornecidas algumas dicas. As receitas não foram revistas por nenhum nutricionista, pelo que não se associa valor nutricional algum.

Colabore connosco e deixe a sua receita para **Todos Partilharmos!!!**

Obrigado a todos Vós

Ana Oliveira

PEQUENO

ALMOÇO



1.1 - Panquecas

Ingredientes (1porção):

1 colher de sopa de linhaça dourada
3 colheres de sopa de água
3 colheres de sopa de farinha de aveia
100 ml de leite de amêndoas ou aveia
Sal e canela a gosto
Óleo de coco

1º - Coloca-se numa tigela a linhaça dourada e junta-se a água. Ao fim de 2 minutos junta-se a farinha de aveia, misturando-se tudo muito bem e depois adiciona-se o leite, uma pitada de sal e canela. Mexe-se muito bem com um garfo;

2º - Coloca-se um pouco de óleo de coco numa frigideira e quando estiver bem quente junta-se o preparado em lume médio. Volta-se várias vezes para não queimar. Quando estiver cozido retira-se para um prato;

3º - Pode-se barrar com queijo creme magro, manteiga ou doce (sem açúcar).

Uma receita muito saudável!

Acompanho com café feito em cafeteira com papel de filtro ou com café com leite de aveia.

A. C.

Almoço



Jantar

2.1 – Sopa de Espinafres

Ingredientes:

1 cebola

1 dente de alho

2 cenouras

1 batata grande

Espinafres

Azeite

Sal q.b.

1º - Numa panela, coloca-se a cebola, os alhos e as batatas e adiciona-se água;

2º - Quando tudo estiver cozido passa-se com a varinha mágica;

3º - Adiciona-se mais água, um fio de azeite, um pouco de sal e os espinafres até que estes fiquem cozidos.

2.2 - Açorda de Marisco

Ingredientes para 4 pessoas:

Azeite

Alhos

Cebola

Tomate

Pão (pão alentejano, pão de Mafra ou pão d'Avó)

Camarão

Coentros

Sal q.b. ou um cubo de caldo Knorr

1º - Cozer o camarão;

2º - Descascar o camarão;

3º - Aproveitar as cascas e as cabeças do camarão e voltar a cozer na água onde os camarões foram cozidos;

4º - Demolhar o pão na água da cozedura dos camarões;

5º - Fazer um refogado com um bocadinho de azeite, cebola e alho picado. Quando a cebola estiver dourada juntar o tomate aos cubos;

6º - Misturar o pão ao refogado, juntar coentros e mexer bem;

7º - Saltear com azeite o camarão (pode-se adicionar delicias do mar, mexilhão, berbigão se assim o desejarem);

8º - Juntar uma gema de ovo e mexer bem.

Tem bastante sabor.... Alteração do Paladar

2.3 – Arroz de Polvo

Ingredientes para 3 pessoas:

1,5 Kg de polvo

1 cebola grande

3 dentes de alho

1 folha de louro

1 lata de tomate pelado (lata pequena)

Sal q.b.

Azeite

Coentros

1º - Coze-se o polvo com água, vinho tinto e uma cebola;

2º - Cortar o polvo aos bocados;

3º - Fazer um refogado com um bocadinho de azeite, cebola picada, alho picado, folha de louro, tomate, sal e coentros;

4º - Juntar o polvo cortado aos bocados e, em seguida regar com vinho tinto e deixar apurar até o vinho evaporar;

5º - Adicionar a água da cozedura do polvo e juntar o arroz e deixar cozer cerca de 15 minutos.

Ajuda-me quando não tenho paladar

2.4 - Caldeirada de Peixe

Ingredientes:

2 cebolas grandes cortadas às rodelas
4 tomates bem maduros cortados às rodelas
3 batatas grandes ou médias cortadas às rodelas
Peixe (safio, raia, tamboril ou outros a gosto)
Pasta de tomate
Azeite
1 cerveja (mini)
Gengibre em pó q.b.
Noz moscada q.b.
Cominhos q.b.
Cravinho q.b.
Salsa e coentros q.b.
Sal q.b.

- 1º - Num tacho, juntamos as cebolas, os tomates, as batatas e o peixe;
- 2º – Juntamos as especiarias, o sal, a cerveja, o azeite e um pouco de pasta de tomate;
- 3º - Coloca-se o tacho em lume brando;
- 4º - Quando estiver a ferver agitamos o tacho para que não se pegue no fundo;
- 5º - Quando estiver cozido, retificamos os temperos e apagamos o lume.

2.5 - Soufflé de Peixe

Ingredientes (1 porção):

20g de farinha

20g de margarina (ou óleo de coco)

2 dl de leite mal medidos (leite vegetal)

Sal q.b.

Pimenta q.b.

Noz moscada q.b.

Peixe cozido (passado pelo passevite)

2 ovos

Margarina ou óleo de coco para untar o pyrex

Alface para acompanhar o soufflé

1º - Coloca-se num tacho pequeno os seguintes ingredientes: a farinha, a margarina amolecida, o leite, o sal e a pimenta;

2º - Leva-se ao lume sem parar de mexer, com varas de arame, até o molho ferver. Retira-se do lume;

3º - Junta-se o peixe (passado) junto ao molho ainda morno;

4º - Adiciona-se as gemas batidas e retifica-se os temperos. Junta-se a noz moscada.

5º - Bate-se as claras em castelo e adiciona-se ao preparado anterior, somente mexendo (não bater);

6º - Coloca-se o preparado numa forma alta de pyrex barrada com óleo de coco (ou margarina);

7º - Vai ao forno forte pré aquecido, sem abrir a porta do forno durante 20 minutos. Reduz-se a temperatura do forno e fica a cozer durante mais 5 minutos. Serve-se de imediato para o soufflé não baixar.

Se não servir quente pode ser uma excelente alternativa para a mucosite.

2.6 - Soufflé de Frango

Ingredientes:

Para refogar o frango:

3 peitos de frango cortados aos quadrados pequeninos e temperados com sal

Azeite

1 dente de alho

½ de uma cebola

Para a massa do soufflé:

40g de farinha de trigo

40g de manteiga

½ cebola picada

400ml de leite vegetal

2 colheres de parmesão ralado

4 ovos

Pimenta q.b.

Noz moscada q.b.

Acompanhamento:

30g de quinoa

Salsinha

Cebola

Tomate

Cebolinho

Azeite

Vinagre

1º - Preparação do frango: coloca-se num tacho 2 colheres de azeite, 1 dente de alho picado e ½ de uma cebola picada e vai ao lume médio;

2º - Junta-se os quadrinhos de frango (também se pode utilizar frango desfiado) e mexe-se bem para refogar. O frango deve ficar dourado, quando estiver no ponto, apaga-se o lume e reserva-se;

3º - Preparação da massa do soufflé: numa panela derrete-se a manteiga e junta-se ½ da cebola bem picadinha e refogamos;

- 4º - Quando estiver refogada, em lume brando, junta-se a farinha e mexe-se até ficar em forma de uma bola. Junta-se o leite aos poucos para dissolver a farinha. Quando engrossar coloca-se a pimenta e a noz moscada. Desliga-se o lume;
- 5º - Junta-se ao creme o frango e o parmesão ralado mexendo sempre. Adiciona-se as gemas continuando a mexer muito bem;
- 6º - Bate-se as claras em castelo e adiciona-se ao preparado;
- 7º - Unta-se 3 assadeiras pequenas ou 1 assadeira grande e polvilha-se com queijo ralado. Junta-se o soufflé e polvilha-se novamente com queijo ralado por cima e vai ao forno (pré aquecido) durante 15 a 20 minutos;
- 8º - Acompanhamento: coloca-se num tacho 30g de quinoa e cobre-se com água. Vai a cozer durante 10 a 15 minutos. Retira-se o excesso de água com uma peneira;
- 9º - Preparação de um vinagrete: junta-se salsinha, cebola, tomate e cebolinho tudo bem picadinho, azeite e 2 colheres de sobremesa de vinagre. Mexe-se tudo muito bem e coloca-se a quinoa continuando a mexer. Fica muito bonito.

Se não servir quente pode ser uma excelente alternativa para a mucosite, evite o vinagrete.

2.7 - Soufflé de Espinafres

Ingredientes:

Preparação dos espinafres:

1 molho de espinafres
1 ou 2 dentes de alho
1 cebola
2 colheres de sopa de manteiga
1 colher de sobremesa de fermento
Sal e outros temperos a gosto

Preparação da massa do soufflé:

½ chávena de chá de farinha de aveia
½ chávena de chá de sementes de girassol moída (sem casca e sem grãos)
5 ovos
1 colher de sopa de fermento

1º - Refogue os espinafres picados com o alho e a cebola também picados na manteiga e no fermento. Adicione os temperos. Os espinafres devem ficar cozidos e macios;

2º - Numa tigela junte os ingredientes para a massa (exceto o fermento) e bata-os muito bem;

3º - Acrescente os espinafres (pode colocar um pouquinho de água também). Misture muito bem a massa. Adicione o fermento e mexa suavemente;

4º - Unte uma forma retangular ou redonda com óleo de coco (ou margarina);

5º - Coloque o preparado na forma e leve ao forno (pré aquecido a 180º-200º) por cerca de 30 minutos.

Se não servir quente pode ser uma excelente alternativa a mucosite.

2.8 - Açorda de Camarão

Ingredientes:

8 a 10 camarões

Azeite

Alho

Pão

Coentros

1º - Coloca-se a cozer os camarões. Quando estes estiverem cozidos retiramo-los da água;

2º - Adiciona-se a água da cozedura dos camarões azeite e alho picado. Deixa-se ferver e coloca-se duas bolinhas de pão. Mexe-se muito bem até que o pão esteja cozido;

3º - De seguida junte os coentros picados e adiciono os camarões.

No meu caso, como tenho dificuldade na deglutição, antes de colocar os coentros passo a açorda com os camarões na liquidificadora até ficar bem triturado e adiciono os coentros bem picadinhos.

É ótimo.

Nota: A açorda também pode ser de bacalhau. Coze-se o bacalhau e desfazemo-lo ou desfiamos e os outros passos são idênticos à açorda de camarão.

A. C.

2.9 - Courgette Recheada de Arroz e Verduras

Ingredientes (2 porções):

20g de arroz integral

1 courgette (150g \pm)

30g de verduras (cenoura, alho francês, courgette...)

Cebola (25g \pm)

Azeite de oliva extra virgem

Ervas frescas: salsa, coentros, cebolinho...

Queijo ralado (10g \pm)

Molho bechamel

Tomate

Sal q.b.

1º - Preparação do arroz: cozer o arroz em mais ou menos 60ml de água e um pouco de sal;

2º - Preparação da courgette: lavar e cortar longitudinalmente a courgette retirando um pouco da polpa. Cozer ao vapor com um pouco de água até que esteja al dente (cerca de 7 a 10 minutos);

3º - Preparação das verduras: picar finamente as verduras e 25g de cebola. Refogar as verduras;

4º - Misturar o arroz com as verduras e juntar 1 colher de ervas frescas bem picadas;

5º - Recheiar a courgette com esta mistura e polvilhar com queijo ralado;

6º - Gratinar no forno cerca de 10 minutos;

7º - Servir com molho bechamel, com tomate e salsa fresca picada.

2.10 - Feijoada de Lombos de Salmão

Ingredientes:

Cebola

Alho

Azeite extra virgem

Couve a gosto

Folha de louro

Tomate maduro

Lombos de salmão

Feijão

Flôr de sal q.b.

Curcuma em pó (especiaria da família do gengibre)

Preparação:

1º - Faça um refogado com alho, cebola, louro e azeite, quando a cebola estiver murcha acrescente o tomate maduro, um pouco de água, tempere de sal e acrescente as couves e deixe cozer cerca de 15 min;

2º - Acrescente então o feijão, já cozido e os lombos de salmão e deixe cozer por mais 15 min;

3º - Acrescente ou não uma colher de sopa de curcuma.

J. S.

A. R.

BATIDOS



3.1 - Batido de Leite de Aveia ou Amêndoas com Fruta

Ingredientes:

8 morangos

Ou

2 kiwis

1 papaia

1 manga

200 ml de leite (de aveia, amêndoas ou vaca)

2 colheres de protifar® (proteína)

1º - Num liquidificador junta-se o leite e a fruta até ficar bem triturado.

2º - No final junta-se 2 colheres protifar® sem sabor e mexe-se muito bem.

Nota: Pode-se substituir o leite por iogurte sem açúcar.

A proteína é muito importante para o ganho de massa muscular.

Pode ingerir um batido a meio da manhã ou ao lanche.

Protifar® da Nutricia (suplemento nutricional em pó). Compra-se na farmácia.

SOBREMESAS



4.1 - Mousse de abacate

Ingredientes:

2 abacates grandes maduros

1 lata de leite condensado

2 folhas de gelatina

2 pacotes de natas

1º - As folhas de gelatina devem ir ao lume brando com um pouco de água fria. Deixar arrefecer;

2º - Aos abacates devemos tirar a casca e retirar o (caroço eheheh, convém) cortá-los em pedaços;

3º - Colocar na liquidificadora (ou varinha mágica) todos os ingredientes

velocidade máxima e ESTÁ FEITO!

Dia da Asneira!!!

4.2 - Abacate Saudável

Um abacate pequeno misturado num iogurte à escolha, triturado com o iogurte (varinha mágica)...podendo levar os frutos secos de que mais goste, bem como mel, canela é muito bom, cranberries (vendem-se no ALDI são ótimos para as infeções urinárias).

é só dar largas à imaginação....

4.3 - Bolo de Cenoura

Ingredientes:

5 ovos caseiros (se possível)
2 chávenas de farinha de amêndoa, coco e aveia
1 chávena mal cheia de óleo de coco
1 chávena de miolo de noz
1 chávena de açúcar stevia mal cheia
1 pouco de fermento
1 pouco de leite de amêndoa / arroz / coco

Preparação:

1º - Bata os ovos inteiros com o açúcar, acrescente o óleo de côco e bata bem;
2º - Junte o miolo de noz picada a gosto, a cenoura ralada e um pouco de leite;
3º - Por fim junte a mistura de farinhas misturadas com o fermento. Aqui nas farinhas eu ponho uma maior parte de farinha de amêndoa, no entanto é um pouco a gosto da pessoa. Se a pessoa gostar muito de coco põe um pouco mais de farinha de coco ou outras farinhas de que goste.

Sobremesa para Diabéticos!!!

J. S.

A. R.

Apêndice XXVIII: Esclarecimento Individualizado aos doentes do
Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital C

Esclarecimento Individualizado Sobre Efeitos Secundários da Quimioterapia vs Alimentação

Geralmente, cada doente que é sujeito a tratamento de quimioterapia é abordado, por mim, sobre a sua alimentação e que efeitos secundários teve após o último tratamento.

No entanto, delineei como objetivo específico para este estágio a realização de sessões de esclarecimento individualizadas a pelo menos trinta doentes/ famílias. A tabela seguinte espelha o número de doentes/ famílias (40) a quem realizei essas sessões, no período de estágio.

Os esclarecimentos efetuados foram sobretudo relacionados como adaptar hábitos alimentares a possíveis efeitos secundários relacionados com a alimentação, para que se possa minimizar a severidade destes efeitos (anorexia, náuseas e vômitos, alteração do paladar e do olfato, mucosite, xerostomia, diarreia e obstipação).

Os doentes e os respetivos familiares foram bastante recetivos a esta intervenção de enfermagem.

Nome	Género	Idade	Diagnóstico	Protocolo
J.S.	M	55	Tumor da Bexiga	Cisplatina + Gemcitabina
F.S.	F	31	Tumor da Mama	Paclitaxel Semanal
J.S.S.	M	61	Glioblastoma	Bevacizumab
M. G.R.	F	75	Tumor do Pulmão	Pemetrexedo/ Carboplatina
M.A.C.	F	66	Tumor Estômago	FLOT
M.A.	M	79	Tumor da Bexiga	Cisplatina + Gemcitabina
S.M.	F	48	Tumor da Mama	Paclitaxel/ Carboplatina 21D
A.C.	F	69	Tumor do Pulmão	Gemcitabina + vinorelbina
M.P.	M	79	Tumor do Pulmão	Paclitaxel Semanal
J.M.	M	72	Tumor do Pulmão	Pemetrexedo/ Carboplatina
P.G.	M	63	Tumor do Pulmão	Pemetrexedo/ Carboplatina
H.P.	F	58	Tumor da Mama	Paclitaxel Semanal
M.B.	F	32	Tumor do Cólon	FOLFIRI/ Bevacizumab
A.S.	M	75	Linfoma	ABVD
A.A.	M	75	Mieloma Múltiplo	Bortezomib
F.R.B.	M	70	Tumor Cólon	FOLFOX + Cetuximab
C.P.	F	49	Tumor da Mama	Gemcitabina
J.P.	M	65	Tumor do Pâncreas	Gemcitabina
A.M.	F	58	Tumor do Pulmão	Docetaxel
M.N.S.	F	76	Tumor do Estômago	FLOT
B.M.	M	59	Tumor do Reto	XELOX
M.A.I.	F	73	Tumor Cólon	FOLFOX
A.G.	M	54	Linfoma	Gemcitabina
J.B.	M	53	Linfoma	Rituximab
J.M. B.	M	73	Tumor do Pulmão	Cisplatina + Etoposido
M.J.F.	F	67	Tumor do Ovário	Paclitaxel Semanal
G. V.	F	64	Tumor do Pulmão	Pemetrexedo/ Carboplatina
A.U.	F	55	Tumor do Pulmão	Pemetrexedo/ Carboplatina
J.P.E.	M	39	Tumor do Cólon	FOLFOX
M.G.S.	F	67	Tumor do Cólon	FOLFOX
F.O.	M	60	Tumor do Estômago	FLOT
L.M.	F	56	Tumor das Vias Biliares	5 FU
M.C.P.	F	74	Linfoma	CHOP
J.M.	M	58	Tumor Cólon	FOLFOX
M.M.L.	F	83	Tumor do Pâncreas	Gemcitabina
A.R.	M	56	Tumor Neuroendócrino do Pulmão	Cisplatina + Etoposido
M.R.	M	31	Tumor do Cólon	FOLFIRI + Bevacizumab
L.T.	M	71	Tumor do Estômago	Paclitaxel Semanal
J.C.	M	67	Tumor do Reto	FOLFIRI + Cetuximab
F.B.	M	58	Tumor do Cólon	XELOX

Total da Amostra: 40 doentes (entre 3 de Janeiro e 9 de Fevereiro)

Tabela nº 1 – Doentes sujeitos a sessões de esclarecimento individualizadas.

Legenda:

FLOT – docetaxel + oxaliplatina + folinato de cálcio + 5 fluorouracilo

FOLFIRI – irinotecano + folinato de cálcio + 5 fluorouracilo

XELOX – oxaliplatina + capecitabina

FOLFOX – oxaliplatina + folinato de cálcio + 5 fluorouracilo

5 FU DIB – 5 fluorouracilo por DIB

Género	
Masculino	22
Feminino	18
Total Amostra	40

Tabela nº 2 – Representação da amostra quanto ao género

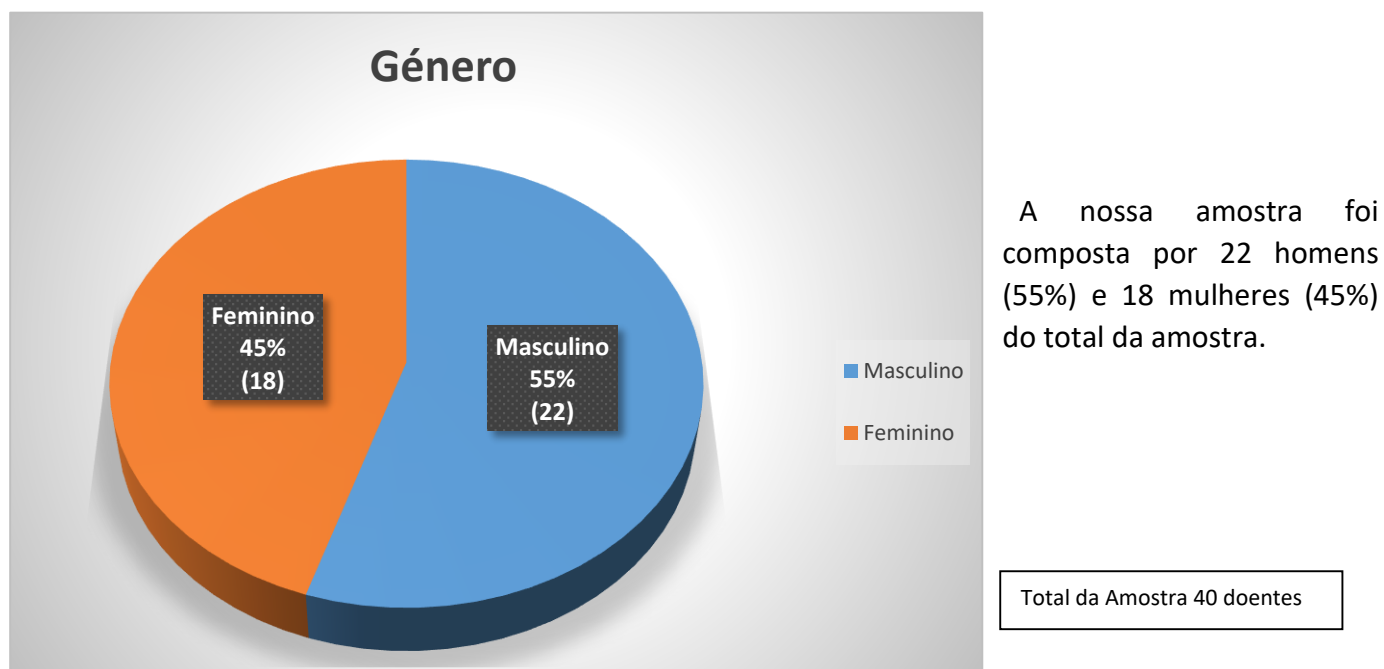


Gráfico nº 1 – Representação gráfica da amostra quanto ao género.

Idade	Número de Doentes
35 anos ou menos	3
36 a 45 anos	1
46 a 55 anos	6
56 a 65 anos	12
66 anos ou mais	18
Total da Amostra	40

Tabela nº 3 – Representação da amostra quanto à idade

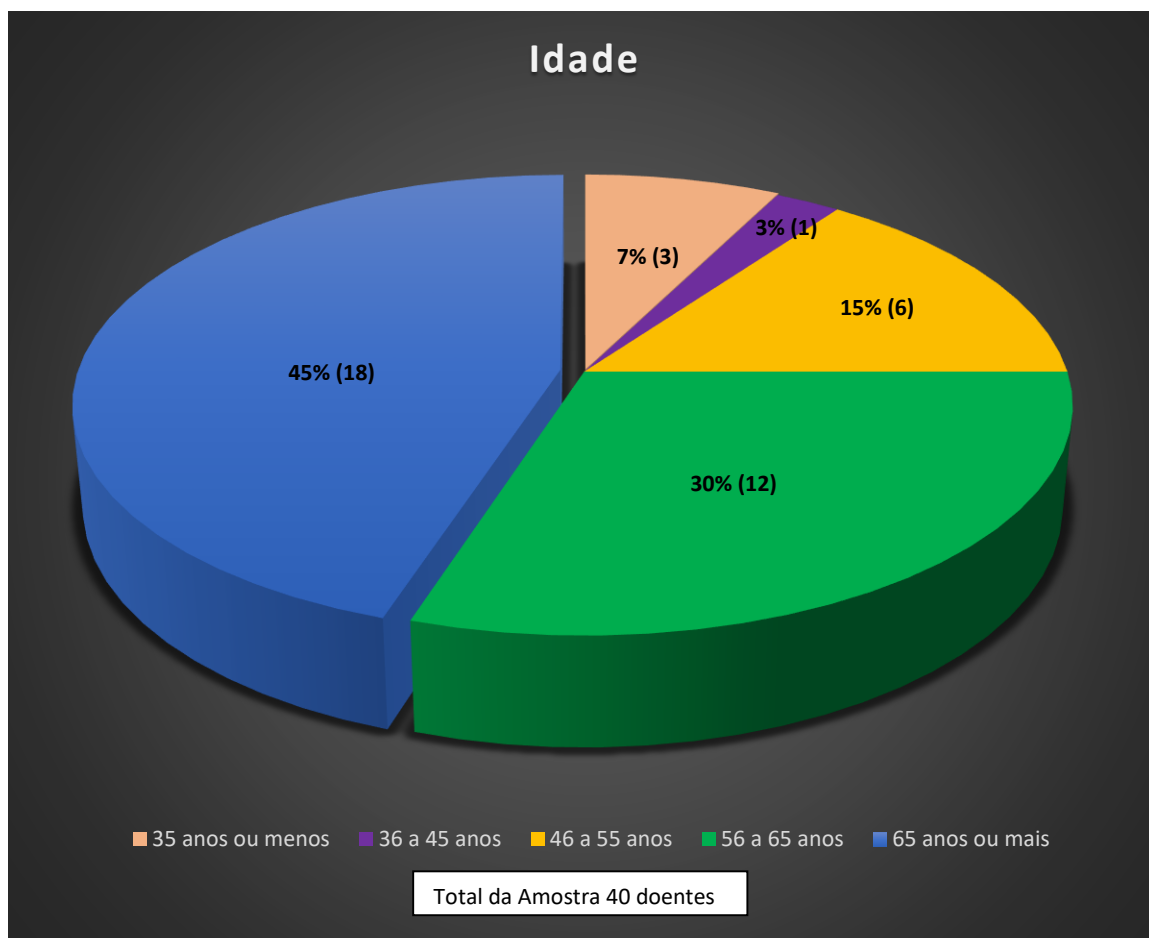


Gráfico nº 2 – Representação gráfica da amostra quanto à idade.

Quanto à idade dos nossos participantes, o mais novo tem 31 anos e o mais velho tem 89 anos. A maioria da amostra situa-se acima dos 65 anos num total de 18 doentes correspondendo a 45% do total da amostra.

Diagnóstico	Número de Doentes
Tumor da Bexiga	2
Tumor da Mama	4
Glioblastoma	1
Tumor Pulmão (incluindo neuroendócrino)	10
Tumor do Estômago	4
Tumor do Cólon	8
Linfoma	4
Mieloma Múltiplo	1
Tumor do Reto	2
Tumor do Pâncreas	2
Tumor do Ovário	1
Tumor das Vias Biliares	1
Total da Amostra	40

Tabela nº 4 – Representação da amostra quanto ao tipo de tumor

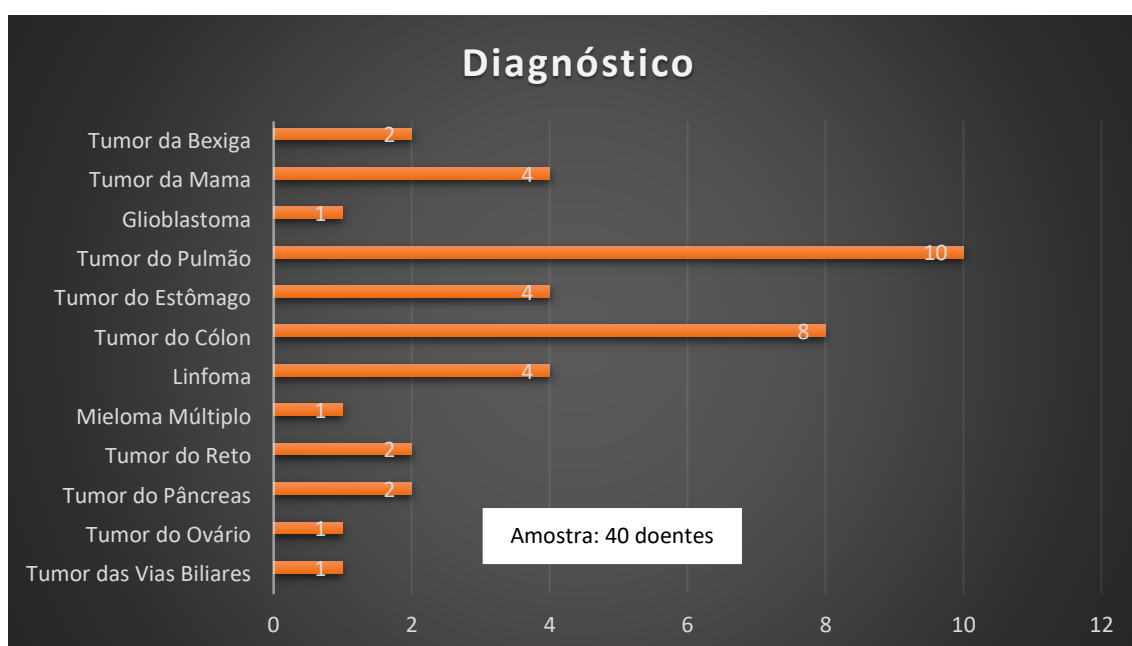


Gráfico nº 3 – Representação gráfica da amostra quanto ao diagnóstico

Quanto ao tipo de tumor, o mais representativo é o tumor do pulmão, com 10 doentes, seguindo-se o tumor do cólon com oito doentes. Apenas um doente

apresenta tumor cerebral, 34 doentes apresentam tumores sólidos e 5 doentes com tumores hematológicos.

Protocolo	Número de Doentes
Cisplatina + Gemcitabina	2
Paclitaxel Semanal	5
Bevacizumab	1
Pemetrexedo/ Carboplatina	6
FLOT	3
Gemcitabina + Vinorelbina	1
FOLFIRI + Bevacizumab	2
ABVD	1
Bortezomib SC	1
FOLFOX + Cetuximab	1
Gemcitabina	4
Docetaxel	1
XELOX	2
FOLFOX	4
5 FU DIB	1
Rituximab	1
Cisplatina + Etoposido	2
CHOP	1
FOLFIRI + Cetuximab	1
Total da Amostra	40

Tabela nº 5 – Representação da amostra quanto ao protocolo terapêutico

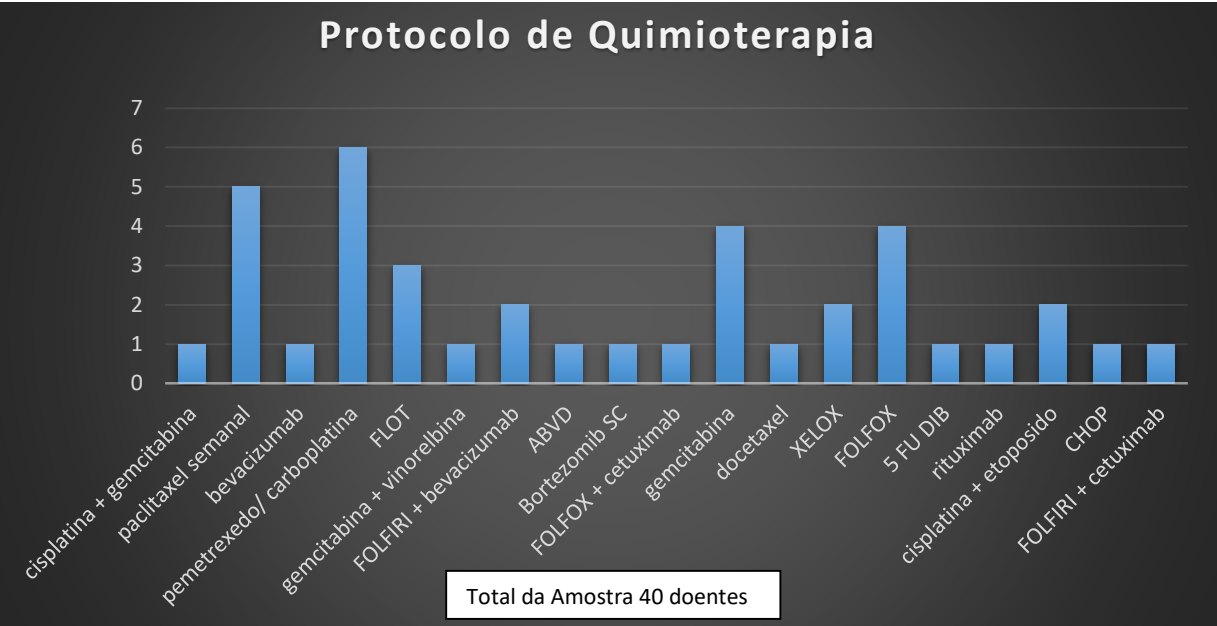


Gráfico nº 4 – Representação gráfica da amostra quanto ao protocolo de quimioterapia.

Legenda:

FLOT – docetaxel + oxaliplatina + folinato de cálcio + 5 fluorouracilo

FOLFIRI – irinotecano + folinato de cálcio + 5 fluorouracilo

XELOX – oxaliplatina + capecitabina

FOLFOX – oxaliplatina + folinato de cálcio + 5 fluorouracilo

5 FU DIB – 5 fluorouracilo por DIB